

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Grado de malestar psicológico en pacientes con
Tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Sussan Nattaly Aguedo Aguedo

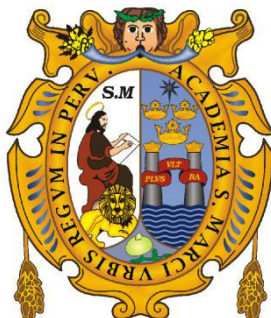
ASESOR

Dr. Manuel Catacora Villasante

Lima – Perú

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DE TRES CENTROS DE SALUD DE LIMA, 2014

TESIS

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Sussan Nattaly Aguedo Aguedo

Asesor

Dr. Manuel Catacora Villasante

Lima – Perú

2015

DEDICATORIA

*A la mejor familia que Dios me dio: Walter,
Sonia y Ximena.*

*A una persona especial que me acompaña
a la distancia: Don Mauro Aguedo C., mi
abuelo querido.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me dio la oportunidad de estudiar Medicina Humana y con ello conocer admirables personas que con corazón sincero nunca dudaron en apoyarme. Enumerarlos sería engorroso.

Desde el inicio a fin de este trabajo así como de mi carrera universitaria aportaron varias personas a las cuales agradezco infinitamente.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN / ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... Pág. 1

CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema

1. Realidad del problema Pág. 3
2. Planteamiento del Problema Pág. 4
3. Objetivos Pág. 5
4. Justificación..... Pág. 6
5. Limitaciones Pág. 8

CAPÍTULO II: Marco Teórico

1. Antecedentes..... Pág. 9
2. Bases teóricas Pág. 17

CAPITULO III: Diseño Metodológico

1. Tipo de investigación..... Pág. 23
2. Población y muestra Pág. 23
3. Operacionalización de variables Pág. 25
4. Plan de recolección..... Pág. 35
5. Análisis estadístico de los datos..... Pág. 37
6. Consideraciones éticas Pág. 38

CAPÍTULO IV

- 1. Resultados Pág. 39
- 2. Discusión Pág. 66

CAPÍTULO V

- 1. Conclusiones..... Pág. 77
- 2. Recomendaciones..... Pág. 78

Referencias Bibliográficas..... Pág. 84

Anexos

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1.	Prevalencia e incidencia de psicosis, depresión y ansiedad entre pacientes MDR-TB	Pág. 15
Tabla 2.	Operacionalización de las variables en estudio.....	Pág. 29
Tabla 3.	Selección de la muestra en los 3 centros de salud	Pág. 39
Tabla 4.	Características de los participantes en el estudio.....	Pág. 41
Tabla 5.	Distribución de la muestra según características de la Enfermedad.....	Pág. 44
Tabla 6.	Distribución de la muestra según la variable consumo de sustancias psicoactivas	Pág. 45
Tabla 7.	Distribución de la muestra según escala de Malestar Psicológico de Kessler 10	Pág. 46
Tabla 8.	Distribución de las respuestas de la Escala de Malestar Psicológico en la muestra	Pág. 47
Tabla 9.	Distribución del grado de malestar psicológico en los Centros de Salud	Pág. 49
Tabla 10.	Distribución del grado de malestar psicológico según sexo	Pág. 50
Tabla 11.	Distribución del grado de malestar psicológico según etapas de vida	Pág. 50
Tabla 12.	Distribución del grado de malestar psicológico según Estado civil	Pág. 51
Tabla 13.	Distribución del grado de malestar psicológico según situación socioeconómica.....	Pág. 52
Tabla 14.	Distribución del grado de malestar psicológico según esquema de tratamiento	Pág. 53

Tabla 15. Distribución del grado de malestar psicológico según condición de ingreso.....	Pág. 53
Tabla 16. Distribución del grado de malestar psicológico según consumo de sustancias psicoactivas.....	Pág. 54
Tabla 17. Distribución del grado de malestar psicológico según psicológico y período de tratamiento en el que se aplicó el test.....	Pág. 55
Tabla 18 y19 Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y edad. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 56
Tabla 20 y 21. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y sexo. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 57
Tabla 22 y 23. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Estado Civil. Resultados de la Prueba Chi ² ..	Pág. 58
Tabla 24 y 25. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Grado de Instrucción. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 59
Tabla 26 y 27. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Situación Socioeconómica. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 60
Tabla 28 y 29. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Esquema de Tratamiento. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 61
Tabla 30 y 31. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Condición de ingreso. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 62
Tabla 32 y 33. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar	

Psicológico y Período de tratamiento en el que se aplica el	
Test. Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 63
Tabla 34 y 35. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar	
Psicológico y Consumo de Sustancias Psicoactivas.	
Resultados de la Prueba Chi ²	Pág. 64
Tabla 36 y 37. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar	
Psicológico y Consumo de Alcohol. Resultados de la	
Prueba Chi ²	Pág. 65

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Distribución de la muestra según etapas de vida Pág. 42

Grafico 2. Distribución de la muestra según escala de Malestar

Psicológico de Kessler 10 Pág. 46

Gráfico 3. Distribución de las respuestas de la Escala de Malestar

Psicológico en la muestra Pág. 48

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) es un desafío en la actualidad peruana debido a las elevadas tasas de incidencia y prevalencia; así como la creciente incidencia de tuberculosis drogoresistente. Por ello la preocupación en la eficacia del tratamiento y su adecuada adherencia. **Objetivos:** Determinar el grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis atendidos en tres centros de salud de Lima y los factores relacionados a mayor malestar psicológico. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal, con muestreo no probabilístico. **Escenario:** Los centros de salud San Cosme. Max Arias-Schereiber y El Pino **Métodos:** En el periodo agosto –diciembre 2014 se entrevistó a 125 pacientes con diagnóstico de TB y en tratamiento. Se aplicó el test de Malestar psicológico de Kessler 10. Se determinó frecuencias, porcentajes, cuadros de doble entrada y análisis de independencia mediante la prueba de χ^2 con un nivel de significancia de 0.05. Se usó SPSS versión 22. **Principales medidas de los Resultados:** Grado de Malestar Psicológico Kessler 10 y factores socio-demográfico, clínicos, consumo de sustancias psicoactivas y período de tratamiento en el que se aplicó el Test. **Resultados:** Se estudió 125 paciente, 40 mujeres (32%) y 85 varones (68%) con edad media de 32 ± 13 . El 82% fueron pacientes con diagnóstico de TB pulmonar o pleural, el 12% con TB-MDR; con pocas comorbilidades, enfermedades asociadas o RAFA. Consumo de sustancias psicoactivas en un 50%. Hubo 15 pacientes (12%) con grado de malestar bajo, 44 (35%) con grado moderado, 46 (37%) con grado alto y 20 (16%) con grado muy alto. Se encontró que existe relación entre el estado civil y el grado de malestar psicológico ($\chi^2=10.8, p=0.029; \alpha=0.05$) **Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes con TB presentan grado de malestar psicológico entre los rangos de alto y muy alto. Se encontró relación significativa entre el estado civil de paciente y el grado de malestar psicológico: los pacientes casados presentaron mayor nivel de malestar psicológico. No se encontró relaciones significativas entre el grado de malestar psicológico y las otras variables medidas en este estudio.

Palabras clave: Tuberculosis, pacientes con tuberculosis, Grado de malestar psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) is a challenge in Peru today because of the high incidence and prevalence; well as the growing incidence of drug-resistant tuberculosis. Hence the concern in treatment efficacy and good adhesion.

Objectives: To determine the level of psychological distress in patients with tuberculosis treated in three health centers in Lima and the factors factors related to greater psychological distress. **Design:** A descriptive cross-sectional study with non-probability sampling. **Scenario:** Health centers San Cosme. Max

Arias-Schreiber and El Pino. **Methods:** In the period August-December 2014, 125 patients diagnosed with TB and receiving treatment were interviewed. The test

Kessler psychological distress (k-10) was applied. Frequencies and percentages were determined; analysis of independence was made by Chi² proof of, with a significance level of 0.05. Was used the SPSS version 22. **Main outcome**

measures: Degree of discomfort Psychological Kessler 10 and factors socio-demographic, clinical, use of psychoactive substances and "period in which the test was applied". **Results:** 125 patients was studied, 40 women (32%) and 85

males (68%) with a mean age of 32 ± 13 . The 82% were patients diagnosed with pulmonary TB or pleural and 12% MDR-TB; with few comorbidities, associated diseases or RAFA. Consumption psychoactive substances by 50%.

There were 15 patients (12%) with low level of psychological distress, 44 (35%) with moderate, 46 (37%) with high degree and 20 (16%) with very high degree. It was found that there is a relationship between marital status and degree of psychological distress ($\chi^2=10.8$, $p=0.029$; $\alpha=0.05$) **Conclusions:**

More than half of patients with TB present degree of psychological distress between the ranges of high and very high. Significant relationship between marital status of the patient and the level of psychological distress was found: the married patients had higher levels of psychological distress. No significant relationship between the degree of psychological distress and other variables measured in this study was found.

Keywords: Tuberculosis, TB patients, Level of psychological distress.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que afecta a gran parte de la población mundial y está relacionada con problemas sociales, económicos y culturales. El Perú es uno de los países latinoamericanos con altas tasas de incidencia y prevalencia de tuberculosis; con una tasa de morbilidad de $101,9 \times 10^5$ habitantes en el año 2013.

La preocupación más grande en esta enfermedad es la existencia de formas resistentes al tratamiento convencional, siendo así mucho más difícil erradicar este mal; lo cual repercute a nivel social y económico. Este problema tiene como una de sus causas la discontinuación o irregularidad en el tratamiento.

Los motivos por los que un individuo discontinúa o es irregular en el tratamiento, no están totalmente determinados. Se menciona que el tiempo prolongado del tratamiento, las reacciones adversas a los medicamentos, el abuso de sustancias psicoactivas y el estado psiquiátrico que presenta el paciente antes de la enfermedad o el que puede generarse como consecuencia de dicha enfermedad, podrían ser motivos de la discontinuidad o irregularidad del tratamiento.

La tuberculosis es una patología de especial interés en el campo de la salud pública. En el Perú, los desafíos para controlar la tuberculosis han sido permanentes y los logros intermitentes.

Por ello, el presente estudio pretende evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión mediante el grado de malestar psicológico de los pacientes con tuberculosis y los factores relacionados a mayor malestar psicológico.

CAPÍTULO I:

1. Realidad del problema

A nivel de las Américas la prevalencia de la tuberculosis (TB) para el año 2012 fue de $24,2 \times 10^5$ habitantes y los países que contribuyeron con el 60% de casos fueron Brasil, Perú, México y Haití. La mortalidad estimada en las Américas para el mismo año fue 2×10^5 habitantes. El porcentaje de abandono registrada entre los años 2001 y 2010 no ha tenido variaciones sustanciales manteniéndose en promedio de 10%. ⁽¹⁾

El Perú presenta una tasa de morbilidad y mortalidad de TB de $101,9 \times 10^5$ habitantes y $3,8 \times 10^5$ habitantes, respectivamente para el año 2013. Siendo el Callao, Lima Este, Madre de Dios y Lima Cuidad las principales regiones que contribuyen con los casos. ⁽²⁾

El porcentaje de abandono registrado en los años 2008 al 2012 ha sido de 6 a 7%. Los casos de Tuberculosis Multidrorresistente (TB-MDR) registrados en el año 2013 fueron de 1281, concentrados en Lima y el Callao. Los casos de Tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR) fueron 77 para el mismo año. ⁽²⁾

La Dirección de Salud (DISA) Lima Ciudad ocupa el cuarto lugar con respecto a la tasa de morbilidad, con el $179,7 \times 10^5$ habitantes. Presenta 203 (10%) casos de abandono en el Esquema I en el año 2012. Los casos de TB-MDR son 290 ocupando el segundo lugar según de las DISAS en Lima. ⁽²⁾

El informe de “Carga de enfermedad en el Perú” del año 2012, presenta las patologías neuropsiquiátricas en el cuarto lugar de las enfermedades cuya carga estuvo influenciada por el componente de discapacidad.

La depresión unipolar provoca 7,5 años perdidos por cada mil habitantes y el componente principal de carga es la discapacidad. Esta patología ocupa el segundo lugar después de las infecciones respiratorias bajas con respecto a la mayor pérdida de AVISA (Años de Vida Saludable Perdidos). ⁽³⁾

La prevalencia de un trastorno clínico psiquiátrico en la población adulta se da en 2 de cada 10 personas, siendo los más frecuentes los cuadros de depresión y ansiedad en Lima metropolitana en año 2002. ⁽⁴⁾

2. Planteamiento del Problema

¿Cuál es el grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis atendidos en tres centros de salud de la DISA Lima-Ciudad en el año 2014 y cuáles son los factores relacionados a mayor malestar psicológico?

3. Objetivos

Objetivo general:

Determinar el grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis atendidos en tres centros de salud de la DISA Lima-Ciudad en el año 2014 y los factores relacionados a mayor malestar psicológico.

Objetivos específicos:

1. Describir las características de la muestra en base a las variables sociodemográficas y clínicas.
2. Determinar el grado de malestar psicológico en los pacientes con tuberculosis atendidos en los tres centros de salud.
3. Evaluar la relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y situación socioeconómica) y el grado de malestar psicológico en los pacientes con tuberculosis atendidos en los tres centros de salud.
4. Evaluar la relación entre las variables clínicas (tipo de tuberculosis, esquema de tratamiento, condición de ingreso, comorbilidades, enfermedades asociadas, reacción adversa a fármacos antituberculosos, consumo de sustancias psicoactivas y período de tratamiento en el que fue aplicado el test) y el grado de malestar psicológico en los pacientes con tuberculosis atendidos en los tres centros de salud.

4. Justificación de la Investigación

En el Perú, la Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis señala que es una enfermedad de interés nacional y en el Plan Nacional Multisectorial contra la Tuberculosis se consigna el derecho de la persona afectada por tuberculosis a una atención integral. Además, en esta misma ley se prioriza y promueve las investigaciones médico-científicas y sociales sobre la tuberculosis en el Perú. ⁽⁵⁾

La importancia de la tuberculosis en el país se debe a la alta tasa de morbi-mortalidad, la facilidad de transmisión, las determinantes sociales que se asocian a ella y la presencia de cepas drogorresistentes. ⁽⁶⁾

La tuberculosis multidrogorresistente es una forma grave y compleja de esta enfermedad que requiere un tratamiento más prolongado y costoso. Su incidencia, en el Perú es alta; el año 2012 fue de 1 225 casos a nivel nacional. ⁽²⁾

Los principales factores de riesgos para la generación de resistencia están registrados en el Norma Técnica 2013, entre los cuales se encuentra antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB); antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada; presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, coinfección con VIH. ⁽⁷⁾

La adherencia es un proceso complejo y multidimensional, a través del cual, la persona afectada por una enfermedad se involucra activa y voluntariamente en el cumplimiento riguroso de las prescripciones por

los prestadores de salud, con el objetivo de producir un resultado terapéutico esperado. ⁽⁸⁾

Se sabe que los trastornos psiquiátricos contribuyen fuertemente a la carga de enfermedad tanto a nivel mundial como nacional. La ansiedad y depresión son trastornos que se presentan con frecuencia en las enfermedades crónicas y en aquellas que modifican el estilo de vida de la persona. ⁽³⁾

En el estado de enfermo, el malestar incluye no sólo las propias dolencias somáticas sino también el malestar psicológico, lo cual lleva a una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbre que sugiere el desarrollo de la enfermedad. ⁽⁹⁾

El Equipo técnico de la ESN PCT¹ en el año 2008 se plantea el objetivo de disminuir la tasa de abandonos al tratamiento garantizando la intervención psicológica, en el ámbito de la salud mental, que fortalezca la adherencia terapéutica. Para ello, propone establecer estrategias de promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Mental para personas afectadas con la tuberculosis, que permita una intervención eficaz, homogénea y sistemática. ⁽⁸⁾

Teniendo presente los antecedentes y el objetivo planteado por el MINSA para la tuberculosis en el Perú, se propone este estudio. Con la finalidad de contribuir con el conocimiento del estado de la salud mental de los pacientes con tuberculosis teniendo como escenario el primer nivel de atención.

¹ Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT)

5. Limitaciones del Estudio

Se ha identificado como limitaciones para este trabajo lo siguiente:

Hubo dificultad para la recolección de datos porque la entrevista y la aplicación del test estuvieron a cargo de una sola persona (tesista), por lo que en los momentos de alta concurrencia al establecimiento, hubo casos perdidos. Pero en contraste con ello la tasa de rechazo a la participación en el estudio fue mínima aproximadamente 5%.

El test de Malestar Psicológico K-10 está validado para su uso en personas de habla castellano, utilizado por países vecinos como México, Argentina y Chile; pero no está validado para la población peruana.

Con respecto a la temporalidad de los síntomas de malestar psicológico, no se pudo determinar el momento de inicio de su presentación.

No se pudo determinar concluyentemente los trastornos de ansiedad y/o depresión, lo cual hubiera sido lo ideal en los casos de personas con alto riesgo de padecer estas patologías según la test K-10.

Las historias clínicas no eran homogéneas en el registro de consumo de sustancias psicoactivas. No se ha identificado si había consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en todos los casos. Datos que son relevantes para la evaluación del malestar psicológico.

CAPÍTULO II: Marco Teórico

1. Antecedentes

En los últimos años, las enfermedades no transmisibles, entre ellas enfermedades crónicas y trastornos neuropsiquiátricos, se han ubicado en una de las causas principales de carga de enfermedad en el mundo. Utilizando los años de vida ajustados por discapacidad como unidad de medida, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 54% de carga de enfermedad global en el 2010. Los trastornos mentales representaron el 7,4% de esta carga, siendo la depresión el trastorno de mayor magnitud dentro de este grupo (2,5%).⁽¹⁰⁾

Diez-Canseco y col. mencionan en su estudio que en los pacientes con enfermedades crónicas la comorbilidad psiquiátrica más prevalente es la depresión, puede ser de hasta 2 a 3 veces más alta con respecto a la población sin estas condiciones.⁽¹⁰⁾

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Núñez de México realizó un estudio para evaluar los costos individuales y

poblacionales que derivan de las condiciones crónicas comunes en la población mexicana. Para ello se contabilizó los días de funcionamiento perdidos a causa de la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas debido a problemas de salud (trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas). Se encontró que las condiciones que implican mayor número de días perdidos son enfermedades mentales, específicamente depresión (40,7 días), ansiedad generalizada (31,5 días) y estrés postraumático (25,8 días). También se encontró que, la comorbilidad de enfermedades es común. En primer lugar los pares de condiciones mentales (mediana de razones de momios entre pares =7,1); luego, los pares de condiciones físicas (mediana de razones de momios entre pares =3,3) y por último pero importante, una condición física y una mental (mediana de razones de momios entre pares =2,7). ⁽¹¹⁾

Los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas presentan la función pulmonar deteriorada, se ven seriamente afectados por el dolor crónico psicógeno y somático, hospitalizaciones frecuentes, dependencia del personal médico y de enfermería. En este marco, un estudio evaluó la ansiedad y la depresión en los pacientes hospitalizados por enfermedades pulmonares como Asma bronquial, Enfermedad obstructiva pulmonar crónica y tuberculosis, en un hospital general para enfermedades pulmonares. Evaluaron a 132 pacientes y se halló que el 49,2% de la muestra tenía depresión moderada o severa y el 26,5% tienen ansiedad. La depresión se correlacionó positivamente con la ansiedad, la edad (Pearson $r = 0,20$, $p < 0,05$) y el tiempo desde el diagnóstico (Pearson $r = 0,39$, $p < 0,01$). La ansiedad se correlacionó positivamente con la depresión y el tiempo desde el diagnóstico (Pearson $r = 0,62$ y $0,29$, $p < 0,01$). Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma

bronquial tenían mayores puntuaciones de depresión que los pacientes con tuberculosis (prueba t, $p < 0.01$). Concluyeron que la depresión y la ansiedad son muy frecuentes en los pacientes con enfermedad pulmonar, especialmente enfermedad crónica. Esto puede ser un factor negativo muy importante en la adaptación de los pacientes a la evolución crónica de la enfermedad. ⁽¹²⁾

Las complicaciones psiquiátricas han sido asociadas con la terapia antituberculosa a causa de las drogas utilizadas tanto en el tratamiento de la TB simple o la TB-MDR. Las drogas cuyos efectos neuro - psiquiátricos han sido reportados son la isoniacida y la cicloserina. ⁽⁷⁾

La isoniacida puede producir alteración de la memoria, confusión, euforia, y reacciones psicóticas agudas. ⁽¹³⁾ Un estudio realizado por Prasad y col. en la India en el año 1985, reporta estados de ansiedad y psicosis relacionados con el tratamiento con isoniacida en pacientes con tuberculosis. La mayoría de los trastornos desaparecen con el retiro de medicamento y los síntomas no son relacionados con la dosis. ⁽¹⁴⁾ En el Perú, la incidencia de síndromes psiquiátricos graves asociados a isoniacida fue del 1% entre los años 1991-1999. ⁽¹⁵⁾

La Cicloserina es un medicamento de segunda línea en el tratamiento de la tuberculosis, cuyos efectos secundarios que se reportan son a nivel del sistema nervioso periférico y central, así por ejemplo: cefalea, vértigo, disartria y neuropatías distales, además de cuadros convulsivos, ansiedad, depresión y psicosis. La dependencia de sustancias psicoactivas, los cuales acarrear cambios neurobiológicos, pudieran ser factores de riesgo que asociados a la cicloserina lleven a desarrollar psicosis. ⁽¹⁶⁾

Además de la toxicidad de las drogas, los factores psicosociales contribuyen a las complicaciones psiquiátricas durante la terapia antituberculosa. Algunos de los asuntos psicosociales que a menudo se presentan en este tipo de pacientes es: La discriminación, el estigma social, el miedo y la culpabilidad. ⁽¹⁷⁾

Un estudio realizado en la India en año 2000, con el objetivo de detallar el patrón de morbilidad psiquiátrica entre los pacientes con tuberculosis, tuvo como grupo de estudio a 50 pacientes no hospitalizados pero que asisten a su tratamiento al Hospital de tuberculosis Bahadur Teg del Gurú, con un promedio de 28,3 años con un rango de 11 a 55 años. El diagnóstico de trastorno psiquiátrico se hizo de acuerdo con el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición). Los resultados de este estudio mostraron que hay 39 (78%) pacientes con TB que presentaron trastornos psiquiátricos. Los desórdenes más comunes fueron la ansiedad y la depresión. ⁽¹⁸⁾

Los otros desórdenes que se encontraron fueron: la negativización, la desesperanza acerca de la vida, miedo de ser descuidados por sus parejas sentimentales, la familia y la sociedad. Los resultados que encontraron se pueden explicar por la naturaleza de la enfermedad, el estigma social, el concepto equivocado de la enfermedad, las reacciones de los miembros de la familia y el estrés económico que pasa el paciente y su familia. ⁽¹⁸⁾

En un Hospital Docente de Nigeria, en el año 2008 se realizó un estudio con 65 pacientes con diagnóstico de TB y que recibían medicación en dicho hospital o sus sucursales. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de la depresión como comorbilidad y

averiguar factores que pueden estar asociados con esta. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9) diseñado para detectar la depresión, especialmente en pacientes ambulatorios y de atención primaria. Los resultados fueron que 41 (63,1%) eran varones. la edad media de los encuestados fue de $35,1 \pm 14,4$ (rango 15-70 años). Dieciocho (27,7%) de los pacientes tenían depresión, que comprende 14 (21,5%) con depresión leve y cuatro (6,2%) con la depresión moderada. Los factores sociodemográficos (grupos de edad, $P = 0,024$; y la situación financiera, $P = 0,02$) y un factor clínico (tos persistente, $P = 0,04$) se asociaron significativamente con la depresión.

(17)

En el estudio realizado en las clínicas de atención primaria de Sudáfrica por Karl Peltzer y colaboradores, se entrevistó a 4 900 pacientes en tratamiento de Tuberculosis para detectar trastornos psicológicos mediante la escala de Kessler- 10 (K- 10) Se obtuvo datos sobre las variables socio -demográficas, estado de salud , el alcohol, el consumo de tabaco, la adherencia a los medicamentos antituberculosos y la terapia antirretroviral (ART) los cuales se recogieron mediante un cuestionario estructurado . Los resultados obtenidos fueron que más de la mitad (54,5 %) de los participantes eran hombres y el 45,5 % eran mujeres, con una edad media de 36,2 años ($DE = 11,5$) y el rango de edad fue de 18 años a 93 años. En cuanto a la adherencia a la medicación anti-TB, el 33,9 % indicó que habían perdido al menos el 10 % de su medicación en las últimas 3-4 semanas. La prevalencia global de los trastornos psicológicos en este estudio fue de 32,9 % ($K - 10 \geq 28$) y 81,1 % ($K - 10 \geq 16$). Para los predictores de estrés psicológico se hizo un análisis univariante y multivariado. La edad avanzada ($OR = 1,52$; $IC\ 95\% = 1,24-1,85$), la educación formal inferior ($OR = 0,77$; $IC\ del\ 95\% = 0,65-0,91$), la pobreza ($OR =$

1,90; IC del 95% = 1,57-2,31) y no casado, separado, divorciado o viudo (OR = 0,74; IC del 95% = 0,62-0,87), y diario o casi a diario el consumo de tabaco se asociaron con trastornos psicológicos (K- 10 \geq 28). ⁽¹⁹⁾

En un estudio realizado en Perú, en 3 distritos de Lima Norte (Carabayllo, Comas e Independencia) entre los años 1996 y 1999; en el que participaron todos los pacientes con diagnóstico TB-MDR (75 pacientes). El diagnóstico de síndromes psiquiátricos se hizo mediante el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Se halló los siguientes resultados: ⁽¹⁵⁾ Ver tabla 1.

Con respecto a la depresión, se encontró que 36 (52.2 %) pacientes presentaban una depresión de fondo, de los cuales las dos terceras partes (66.7 %) no requirió medicamentos o atención psiquiátrica para los síntomas depresivos durante la terapia debido a la remisión o sintomatología leve. Diez (13.3 %) pacientes sin sintomatología de depresión de fondo experimentaron un episodio nuevo de depresión durante la terapia de tuberculosis. ⁽¹⁵⁾

En relación a la ansiedad encontraron que de los 6 (8.7 %) pacientes con ansiedad de fondo, la mitad (50.0 %) tuvo síntomas persistentes requiriendo intervención psiquiátrica. Además, nueve (12 %) pacientes tuvieron un episodio nuevo de ansiedad durante el tratamiento. ⁽¹⁵⁾

Tabla 1. Prevalencia e incidencia de psicosis, depresión y ansiedad entre pacientes MDR-TB (definida como la resistencia para en isoniazida y rifampicina)

	Predominio antes de MDR-TB Terapia (n = 69) N (%)	Síntomas persistentes entre esos con diagnóstico de la línea de fondo N (%)	Incidencia durante la terapia MDR-TB (n= 75) N (%)	Predominio durante la terapia MDR-TB N (%)
Psicosis	0 (0)	0 (0)	9 (12.0)	9 (12.0)
Depresión	36 (52.2)	12/36 (33.3)	10 (13.3)	22 (29.3)
Ansiedad	6 (8.7)	3/6 (50.0)	9 (12.0)	12 (16.0)

Fuente: Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. P. Vega, A. Sweetland y colaboradores 2004)

Torres, en su tesis de magister, estudió a un grupo de 175 pacientes con diagnóstico de TB incluidos en el “Programa de control de tuberculosis” de 4 DISAS de Lima en el año 2000. El objetivo principal fue describir los niveles de depresión y soporte social que tienen los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus tres categorías de ingreso al programa (Nunca tratado, con recaída y crónico). La depresión fue medida mediante el inventario de Depresión de Beck y el Soporte social medido por la escala de Soporte de Pathatk y Gaviria. La muestra estaba conformada por varones y la mitad tenían edades entre 20 y 29 años. Se encontró que existe diferencia significativa entre el nivel de depresión y las 3 categorías de enfermos con TB. Los “enfermos crónicos” (aquellos que tienen antecedente recaída, abandono o fracaso) presentaron síntomas depresivos de moderado a severo; los grupos “nuevos” y “antes tratados” presentaron síntomas depresivos de leve a moderado. El

soporte social en la mayoría de la muestra estudiada alcanza el nivel bajo. ⁽²⁰⁾

Otra tesis elaborada en el año 2002 por el Dr. Valencia en la Ciudad de Arequipa. Tuvo como población a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en todas sus formas y que recibían tratamiento en los establecimientos de salud de Red Arequipa Sur. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes en su mayoría entre las edades de 15 y 44 años de edad (83,4%) y varones (62,2%). Encontró niveles altos de depresión en pacientes con estudios primarios (73,3%), los pacientes con diagnósticos de TB-MDR (60%) y los pacientes que recibían tratamiento mayor a 6 meses (60%). ⁽²¹⁾

Otro estudio realizado en Perú en los años 2010 y 2011, tiene como objetivo estimar la importancia y magnitud del episodio de depresión como un factor de riesgo para los resultados negativos (abandono o muerte) en pacientes que reciben tratamiento para la tuberculosis. Para lo cual se utiliza la escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D) la versión de 5 ítems; para los resultados negativos como muerte o abandono de tratamiento fue por defecto. Participaron 291 pacientes de un distrito del norte de Lima, de los cuales 24 (8,2%) presentó resultados negativos, 109 (37%) presentó Desorden Depresivo Mayor de base. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la función de Supervivencia de los pacientes con y sin desorden depresivo mayor de base (0,85 vs 0,96, p-valor = 0,002). La razón de riesgo para los resultados negativos, controlando la edad, sexo, estado civil y la instrucción fue de 3,54 (IC del 95%: 1,43 a 8,75; valor de p = 0,006). ⁽²²⁾

2. Bases Teóricas

2.1. Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y transmisible causada por el *Mycobacterium tuberculosis* humano, en la que generalmente se encuentran comprometidos los pulmones, pero que pueden englobar otros órganos y tejidos. ⁽⁶⁾ Las micobacterias son microorganismos que habitan en el suelo y el ambiente. No obstante, el *Mycobacterium tuberculosis* se ha adaptado de tal manera al organismo humano que carece de reservorio en la naturaleza fuera de las personas enfermas; se transmite casi exclusivamente a través de las secreciones respiratorias de los enfermos, los cuales con la tos expulsan en estado de aerosol entre 1 a 10 millones de bacilos. ⁽²³⁾

Los síntomas y signos que suelen presentarse en esta patología dependen de la localización de la enfermedad. La OMS indica que los síntomas inespecíficos con evolución más o menos prolongada son la pérdida de peso, sudoración nocturna, astenia, anorexia y fiebre o febrícula. Los síntomas respiratorios son la tos, expectoración mucopurulenta o hemoptoica, hemoptisis, disnea o dolor torácico, sin que ninguno sea patognomónico de la TB.

La “Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis” del año 2013, indica los procedimientos necesarios para el diagnóstico, clasificación y la designación del esquema de tratamiento. Esta norma estipula 3 esquemas para TB sensibles y otros 3 esquemas para TB resistente.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35 000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR). Pero más grave aún, es que el MINSA, hasta diciembre de 2008, ha notificado 202 casos de TB extensamente resistente (TB-XDR), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales. ⁽⁶⁾

Si consideramos que cada persona que enferma de TB sin tratamiento efectivo, contagia el bacilo tuberculoso entre 10 a 15 personas cada año, y que las cepas resistentes y extensamente resistentes se transmiten de la misma manera que las cepas sensibles, las cifras de ciudadanos infectados por el bacilo tuberculoso resistente a drogas, y que aún no han desarrollado la enfermedad activa, son alarmantes. ⁽⁶⁾

En el artículo “Situación de la Tuberculosis en el Perú” de Bonilla presenta un reporte sobre el impacto del control de la tuberculosis en la salud pública en los años 2006 y 2007. Las personas curadas al final de esos 2 años fueron 68 627, las infecciones evitadas fue de 1 376 540, enfermedad evitada 275 308 y los fallecimientos evitados 8 259. ⁽²⁴⁾

2.2. Depresión

La depresión, como síntoma, es un estado emocional que casi todas las personas sufren en algún momento de su vida. El problema radica en distinguir cuando esa emoción se debe considerar enfermedad y requiere tratamiento médico. Sin tratamiento los síntomas pueden durar semanas, meses o años, mientras que en tratamiento adecuado puede ayudar al 80% de las personas. Se trata de un problema de salud que afecta al paciente y a su entorno social y requiere la atención de todo el equipo de salud. ⁽²⁵⁾

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el estado de ánimo y a la mente; afecta también a la alimentación, al descanso nocturno, a la opinión de sí mismo y a la vida en general. ⁽²⁵⁾

2.3. Ansiedad

Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel. La ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa y es deseable que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho nuestro organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores. ⁽²⁶⁾

Sin embargo, cuando los niveles de ansiedad se incrementan significativamente esto conlleva a conductas desadaptativas e inclusive pueden generar trastornos psiquiátricos.

El Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva no controlada en relación con diversos temas que se presenta en la mayoría de los días. La preocupación causa malestar y/o deterioro funcional y se asocia con al menos tres de los siguientes aspectos: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga de fácil aparición, dificultad de concentración o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño. ⁽²⁷⁾

2.4. Comorbilidad Psiquiátrica

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Por lo que, todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad y existen muchos factores que intervienen en esas reacciones. Entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud. ⁽²⁸⁾

La adherencia es un proceso multidimensional que implica una participación activa y voluntaria de la(s) persona(s) afectada (s). Por ello, cuando la enfermedad y/o el tratamiento de la misma generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente. ⁽²⁹⁾

Entonces, toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante

tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto. ^{(10) (29)}

Los pacientes con tuberculosis y en especial los pacientes con tuberculosis drogorestistentes que deben luchar con la pobreza extrema, las privaciones extraordinarias causadas por su enfermedad y su tratamiento, el dolor, el estigma y el aislamiento social; necesitan de una manera que asegure la capacidad del paciente para cumplir con el tratamiento. ⁽³⁰⁾

2.5. Factores asociados síntomas de ansiedad y/o depresión

La literatura menciona que existe mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en las mujeres. Sin embargo en el caso de la depresión las presentaciones graves se encuentran en mayor proporción en los varones. ^{(31) (32) (33) (34)}

La edad también constituye un factor de riesgo para presentar síntomas ansioso-depresivos. A mayor edad más riesgo; debido a las dificultades físicas y médicas que se presentan en los adultos mayores. ⁽³¹⁾

Las condiciones sociodemográficas como grado de instrucción, estado civil, condición socioeconómica; no siempre implican un factor de riesgo para presentar trastornos psiquiátricos ansioso-depresivos. ^{(17) (33) (31)}

Las personas que consume sustancias psicoactivas presentan mayor probabilidad de presentar trastornos psiquiátricos ansioso-depresivos. ⁽³²⁾ ⁽³⁴⁾

Con respecto a la condición clínica del paciente, la literatura menciona que los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas manifiestan síntomas depresivos debido a que presentan la función pulmonar deteriorada, dolor crónico psicógeno y somático, hospitalizaciones frecuentes. ⁽¹²⁾ En el caso de la tuberculosis se halló que la tos era un factor asociado a depresión. ⁽¹⁷⁾

2.6. Malestar Psicológico

Se cataloga como malestar psicológico a un estado emocional secundario a situaciones adversas en la vida de una persona que pueden o no constituir un trastorno psiquiátrico. ⁽⁹⁾ ⁽³⁵⁾

CAPITULO III: Diseño Metodológico

1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para medir el grado de malestar psicológico de los pacientes con tuberculosis.

2. Población y muestra

2.1. Población de Interés

La población considerada en el estudio se basó en el número total de casos que estuvieron en proceso de tratamiento para la tuberculosis en los meses de agosto a diciembre del 2014, en tres establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Red de Lima Ciudad: Centro de Salud San Cosme, Centro de Salud Max Arias-Schreiber y Centro de Salud El Pino.

Criterios de inclusión:

- Persona con diagnóstico de tuberculosis y en tratamiento.
- Persona mayor de 16 años de edad, con el criterio de menor maduro.
- Paciente que haya aceptado y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Persona menores de 16 años.
- Persona con deterioro de sus facultades mentales cognitivas.
- Paciente que haya llenado inadecuadamente el test.

2.2. Muestra

El establecimiento de salud facilitó el acceso a los pacientes incluyendo la entrevista con el paciente como parte de la atención en la administración de los medicamentos antituberculosos.

Se entrevistó a todo paciente que disponía de tiempo para responder el test y asentía su participación en el estudio, en el período de agosto a diciembre del 2014 en días aleatorios, con un total de 15 visitas.

El tamaño de muestra se determinó empleando el programa Epidat versión 4.1 considerando un grupo, variable cualitativa, población conocida. Se utilizó los siguientes datos:

- Tamaño de población: 209
- Proporción esperada: 50%
- Nivel de confianza: 95%
- Precisión mínima: 5%
- Precisión máxima: 6%

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5,00	136
6,00	118

El total de pacientes encuestados y que cumplieron los criterios de inclusión fue de 125.

3. Operacionalización de variables

1. Grado de Malestar Psicológico: Se utilizará la escala K- 10 de Kessler que identifica 4 grados: Bajo, Moderado, Alto y Muy Alto con puntajes de (10- 15), (16- 21), (22- 29) y (30- 50) respectivamente. (5)
2. Grado de instrucción: sin estudios, primaria, secundaria, superior (técnico o universitario). Obtenido de la historia clínica en el formato de Estudio socioeconómico de la persona afectada por tuberculosis.

3. Situación económica desfavorable: No pobre, pobre y muy pobre. Obtenido de la historia clínica del formato de Estudio socioeconómico de la persona afectada por tuberculosis.
4. Tipo de tuberculosis: Se consideró 5 tipos:
- Pulmonar: afección del parénquima pulmonar.
 - Pleural: afección exclusiva de la pleura.
 - Extra pulmonar: afección de tejidos o fluidos diferentes al pulmón.
 - Multidrogorresistente (MDR): resistencia simultánea a la isoniácida y rifampicina.
 - Extensamente resistente (XDR): resistencia simultánea a la isoniácida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.
5. Esquema de tratamiento: Se consideró 3 esquemas:
- Esquema I: Cuando el tiempo de administración del tratamiento está compuesto por 2 fases; la primera de 2 meses de duración y administración diaria de los medicamento, la segunda de 4,7 o 10 meses y administración de medicamentos 3 veces por semana.
 - Empírico: cuando el esquema administrado es en forma provisional de acuerdo a los antecedentes de contacto con casos MDR o en espera de un esquema de acuerdo a las pruebas de sensibilidad y condiciones médicas del paciente.
 - Individualizado: Esquema utilizado en condiciones de nonoresistencia, poliresistencia, MDR y XDR. Se administra medicamentos en forma diaria, cuya duración puede ser desde 9 meses a 18 meses; en casos como MDR no menor de 18 meses y XDR no menor de 24.

6. Antecedente de tuberculosis: Haber recibido tratamiento para Tuberculosis, ya sea que haya cumplido o no el tratamiento completo. Obtenido de la historia clínica.
7. Condición de ingreso: Según el antecedente de haber sido antes tratado con medicación antituberculosa, se consideró 4 condiciones:
 - Nuevos: nunca antes tratados.
 - Recaída: presentación de otro episodio de tuberculosis habiendo sido dado de alta como curado o como tratamiento terminado.
 - Fracaso: cuando hay fracaso terapéutico con medicamentos de primera o segunda línea.
 - Abandono: cuando se ha iniciado tratamiento pero lo ha discontinuado por 30 días consecutivos o cuando el paciente toma tratamiento por menos de 30 días y los discontinúa.
8. Comorbilidades: Presencia de VIH/SIDA, Diabetes mellitus, Enfermedad renal crónica, hepatopatías crónicas (cirrosis, hepatitis B) y/o neoplasia registradas en la Historia Clínica.
9. Enfermedades asociadas: Presencia de Hipertensión Arterial y/o gastritis moderada o severa registradas en la Historia Clínica.
10. Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos: Cualquier reacción nociva no intencionada registrada en la historia clínica.
11. Consumo de sustancias psicoactivas: Registro en la historia clínica de alguna forma de consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas.

12. Período de tratamiento en el que se aplicó el test: se consideró 3 grupos: los que realizaron el test durante la fase 1 del esquema I, los que lo hicieron en la fase 2 del esquema I y los pacientes con un esquema que requiere de medicación diaria por más de 2 meses.

Tabla 2. Operacionalización de las variables en estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	VALORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA O INSTRUMENTO
VARIABLE PRINCIPAL							
Grado de Malestar Psicológico	Síntomas del estado emocional que pueden indicar depresión o ansiedad	Cualitativa politómica	Ordinal	¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?	Siempre = 5	Muy Alto K-10 puntaje acumulado 30- 50	Test Autoaplicado: Escala de Malestar Psicológico de Kessler 10
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?	Siempre = 5	Alto K-10 puntaje acumulado 22 - 29	
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?	Siempre = 5	Moderado K-10 puntaje acumulado 16 - 21	
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia te has	Siempre = 5	Bajo K-10 puntaje acumulado 10 - 15	
					Casi siempre = 4		

				sentido desesperado?	Muchas veces = 3 A veces = 2 Pocas veces = 1 Nunca = 0		
Grado de Malestar Psicológico	Síntomas del estado emocional que pueden indicar depresión o ansiedad	Cualitativa politómica	Ordinal	¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?	Siempre = 5	Muy Alto K-10 puntaje acumulado 30- 50 Alto K-10 puntaje acumulado 22 - 29 Moderado K-10 puntaje acumulado 16 - 21 Bajo K-10 puntaje acumulado 10 - 15	Test Autoaplicado: Escala de Malestar Psicológico de Kessler 10
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?	Siempre = 5		
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?	Siempre = 5		
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?	Siempre = 5		
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		

Grado de Malestar Psicológico	Síntomas del estado emocional que pueden indicar depresión o ansiedad	Cualitativa politómica	Ordinal	¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?	Siempre = 5		Test Autoaplicado: Escala de Malestar Psicológico de Kessler 10
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
				¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?	Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
				¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?	Siempre = 5		
					Casi siempre = 4		
					Muchas veces = 3		
					A veces = 2		
					Pocas veces = 1		
					Nunca = 0		
VARIABLES SOCIO - DEMOGRÁFICAS							
Sexo	Características que agrupa a las personas en femenino o masculino	Cualitativo dicotómica	Nominal	Sexo		Femenino	Examinar la Historia clínica
						Masculino	
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento	Cuantitativa numérica	Razón	Edad			Examinar la Historia clínica
		Cualitativa politómica	Ordinal		16 – 17 años	Adolescente	
					18 – 29 años	Joven	
					30 – 59 años	Adulto	
					≥ 60 años	Adulto mayor	
Estado Civil	Situación de las personas físicas	Cualitativa politómica	Nominal	Estado Civil		Soltero	Examinar la Historia clínica
						Casado	

	determinada por sus relaciones de familia					Viudo	
						Divorciado/separado	
						Conviviente	
Grado de instrucción	Situación educativa de la persona	Cualitativa politómica	Nominal	Grado de instrucción		Primaria	Examinar la Historia clínica
						Secundaria	
						Superior	
						Sin estudios	
Situación socio-económica	Estado de pobreza del paciente	Cualitativa politómica	Nominal	Situación socio-económica	0 – 25 pts	No pobre	Examinar la Historia clínica
					26- 40 pts	Pobre	
					41 -52 pts	Pobre extremo	
VARIABLES CLÍNICAS							
Tipo de tuberculosis	Clasificación de acuerdo al órgano afectado y a la sensibilidad de la bacteria.	Cualitativa politómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica		Pulmonar	Examinar la Historia clínica
						Pleural	
						Extrapulmonar	
						MDR	
						XDR	
Esquema de tratamiento	Variedad de tratamiento dependiente de la sensibilidad de la bacteria	Cualitativa politómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica		Esquema I	Examinar la Historia clínica
						Empírico	
						Individualizado	
Antecedente de tratamiento	Tener antecedente de haber recibido tratamiento	Cualitativo dicotómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica	SI / NO	SI / NO	Examinar la Historia clínica
Condición de Ingreso	Situación en la que ingresa el paciente al tratamiento actual	Cualitativa politómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica		Nuevo	Examinar la Historia clínica
						Recaída	
						Fracaso	
						Abandono	

Comorbilidad	Enfermedades que se presentan conjuntamente con la tuberculosis y que pueden aumentar su frecuencia.	Cualitativa politómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica		No tiene	Examinar la Historia clínica
						VIH	
						DM	
						ERC	
						Hepatopatías	
						Neoplasia	
Enfermedades Asociadas	Enfermedades que se presentan conjuntamente con la tuberculosis y que no aumentan su frecuencia.	Cualitativa politómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica		No tiene	Examinar la Historia clínica
						HTA	
						Gastritis	
Reacción adversa a fármacos antituberculosos	Cualquier reacción nociva no intencionada en el período de tratamiento antituberculoso	Cualitativo dicotómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica	SI / NO	SI / NO	Examinar la Historia clínica
Consumo de sustancias psicoactivas	Toda sustancia química que ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central	Cualitativo dicotómica	Nominal	Dato registrado en la Historia clínica		No consume	Examinar la Historia clínica
						Alcohol	
						Tabaco	
						Otras Drogas	
						Dos de las anteriores	
						Las 3 sustancias	
Periodo de tratamiento en	Período de tiempo medido	Cualitativo dicotómica	Nominal	Dentro de los 2 meses primeros	meses	Fase 1	Examinar la Historia clínica

el que se aplicó el test	en meses en el que se encontraba el paciente al momento de aplicar el test			En el lapso de 2 a 4 meses	Fase 2	
				Mayor a 6 meses		
					Dosis diarias >a 2 meses	

4. Plan de recolección

4.1. Instrumento

El instrumento utilizado es el test de Malestar psicológico de kessler (K-10) que ha sido adaptado y utilizado en otros países latinoamericanos.^{(35) (36)} (Anexo N° 1).

La escala K-10 es un test breve y de fácil aplicación por el personal del primer nivel de atención con el propósito de identificar grupos de alto riesgo para los trastornos de ansiedad y depresión. Consta de 10 preguntas sobre malestar psicológico que se refieren a los

síntomas de ansiedad y depresión que puede tener una persona durante las cuatro últimas semanas previas a la aplicación. Las opciones de respuesta de las preguntas son tipo Likert, categorizadas en una escala ordinal de 5 niveles: siempre, muchas veces, a veces, pocas veces y nunca. A la respuesta “nunca” se le asigna el valor escalar de 1 y a la respuesta “siempre”, de 5 puntos. La suma de las puntuaciones tiene un mínimo de 10 y un máximo de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10-15 puntos), moderado (16- 21 puntos), alto (22- 29 puntos) y muy alto (30- 50 puntos).⁽³⁶⁾

Según el estudio de validación de la escala de Kessler 10 de *Blanca E. Vargas T. y cols.*, este test tiene una sensibilidad de 78,7% y especificidad de 79% para la detección del trastorno de depresión y para la ansiedad la sensibilidad es de 72,4% y especificidad de 73,8%. Tiene como punto de corte la puntuación de 21 para la depresión y 22 para la ansiedad.⁽³⁶⁾

4.2. Prueba piloto

Se aplicó el test K-10 a 30 personas sin síntomas ni diagnóstico de tuberculosis correspondientes a pacientes, familiares de pacientes y personal no médico del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de marzo del 2014. Con el objetivo de evaluar la idoneidad del Test.

Se entregó una encuesta a cada sujeto considerado para la prueba piloto y se preguntó a cada uno si las preguntas de la encuesta fueron claras o hubo alguna dificultad en la interpretación.

4.3. Aplicación del Test y obtención de datos del paciente

Se obtuvo la autorización de los Directores de los 3 Centros de Salud, luego se coordinó con el médico y licenciada de enfermería a cargo del Programa de Control de Tuberculosis para que brinde un espacio físico y temporal en el proceso de atención del paciente con tuberculosis, además de tener acceso a la historia clínica del mismo.

Cada centro de salud fue visitado 3 veces como mínimo, en forma total se realizó 15 visitas. En el centro de salud San Cosme se aplicó el test a los pacientes que estaban considerados en el esquema 1 el día en que se visitó el establecimiento. En los centros de salud Max Arias y El Pino se aplicó el test a los pacientes considerados en el esquema 1, empírico o individualizado, sin tener conocimiento previo de ello. Estas diferencias son ajenas al control del investigador, sino se deben a la disponibilidad de ambiente y personal y la organización del programa en los centros de salud.

Se procedió a entrevistar al paciente con un breve dialogo presentando los objetivos del trabajo y en qué consistía la aplicación del test. Los pacientes que asentían su participación en el estudio firmaron el consentimiento informado y procedían a llenar el test de Malestar psicológico.

Durante el llenado del test se absolvían las dudas sobre el contexto de algunas preguntas ya sea para especificar características de algunos síntomas o la temporalidad de presentación de los mismos.

Los datos para las variables sociodemográficas y clínicas se obtuvieron a partir de la documentación en la historia clínica del paciente.

5. Análisis estadístico de los datos

Los datos recolectados fueron ingresados a una hoja de cálculo en MS – Excel 2010, para luego ser importados al Paquete Estadístico SPSS versión 20 para su procesamiento.

Se presentan los datos mediante estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes (%) para las variables categóricas y; media, desviación estándar, máximo y mínimo para las numéricas.

Se presentan tablas de doble entrada y análisis de independencia (Chi-Cuadrada) para la variable grado de malestar psicológico y las otras variables (sociodemográficas y clínicas).

6. Consideraciones éticas y consentimiento informado.

La investigación se rige dentro de los 4 principios éticos básicos destacados en el reporte de Belmont:

Se cumplió con el principio de autonomía, ya que se solicitó la participación voluntaria de los pacientes, se les explicará los objetivos del estudio y las implicancias de los resultados que se obtendrán.

Se cumplió con el principio de beneficencia y no maleficencia, al tratar de lograr los máximos beneficios con la investigación a favor del tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Los datos se mantuvieron en confidencialidad y los resultados que advierten riesgo

para ansiedad y depresión fueron reportados al médico y licenciada de enfermería a cargo del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud.

Se cumplió con el principio de justicia, al tratar a cada uno de los pacientes participantes de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado.

El consentimiento informado presentó en su estructura información acerca de los objetivos, enfatiza la participación voluntaria, el destino y manejo de la información obtenida. (Anexo N° 2)

Este estudio fue evaluado y aprobado por el “Comité de Ética de Investigación” de la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de la misma manera por la Comisión Especial encargada de revisar los trabajos de tesis de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la misma institución. (Anexo N°3)

Se contó con la autorización de la Dirección Ejecutiva de la DISA Lima Ciudad.

CAPÍTULO IV:

1. Resultados

1.1. Descripción de la muestra

La muestra se obtuvo a partir de un total de 334 de pacientes atendidos en el periodo de agosto a diciembre del 2014. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Selección de la muestra en los 3 centros de salud.

CENTRO DE SALUD	ATENDIDOS	ENTREVISTADOS	PORCENTAJE
SAN COSME	106	63	59,4
MAX ARIAS-SCHREIBER	89	48	53,9
EL PINO	14	14	100,0
TOTAL	209	125	59,8

No existen diferencias significativamente estadísticas entre los pacientes pertenecientes a los grupos entrevistados y no entrevistados, en cuanto a las variables sexo y esquema de tratamiento.

Se estudiaron a 125 personas en tratamiento antituberculoso de los cuales el 50% procede del centro de salud San Cosme, 38% del Max Arias y 11% de El Pino.

1.2. Variables sociodemográficas

La edad media de los pacientes fue de 32 ± 13 años; la edad mínima fue de 16 años y la máxima de 71 años. El 68% de la muestra corresponde al sexo masculino y el 32% al femenino.

Para la variable estado civil se obtuvo que el 58,4 % era soltero y 24% conviviente.

Para la variable grado de instrucción se obtuvo que el 81% tenía estudio escolar de secundaria, 28% de primaria y 16% superior técnico o universitario.

Para la variable situación socioeconómica se obtuvo que el 67% pertenece a la categoría “pobre”, 29% al “no pobre” y el 4% al “extremo pobre”.

La descripción de la muestra según las variables demográficas se presenta en la tabla 4. El gráfico 1 presenta la distribución de la muestra según etapas de vida.

Tabla 4. Características de los participantes en el estudio.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO DE SALUD		
CCSS SAN COSME	63	50,4
CCSS MAX ARIAS-SCHREIBER	48	38,4
CCSS EL PINO	14	11,2
SEXO		

FEMENINO	40	32
MASCULINO	85	68
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	73	58,4
CASADO	11	8,8
VIUDO	2	1,6
DIVORCIADO/SEPARADO	9	7,2
CONVIVIENTE	30	24
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	28	22,4
SECUNDARIA	81	64,8
SUPERIOR	16	12,8
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA		
NO POBRE	36	28,8
POBRE	84	67,2
POBRE EXTREMO	5	4

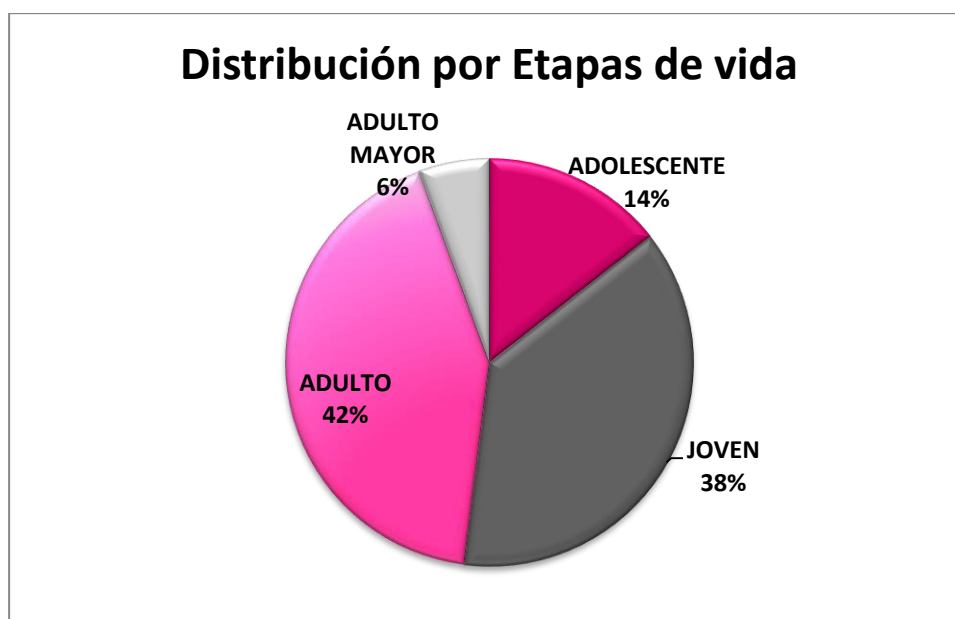


Gráfico 1. Distribución de la muestra según etapas de vida.
Adolescente (16-17), Joven (18-29), Adulto (30-59) y Adulto Mayor (≥ 60)

1.3. Variables Clínicas

En la muestra se encontró que el 71% tenía diagnóstico de tuberculosis pulmonar, 11% de TB pleural, 6% de TB extrapulmonar (como TB ganglionar o TB cutánea), 12% MDR y ningún caso para XDR. El 82,4% recibía tratamiento bajo el esquema I y 16% individualizado (sea por monorresistencia, polirresistencia o MDR).

El 82% eran casos nuevos de tuberculosis mientras que el 18% habían recibido tratamiento antituberculoso en alguna oportunidad. Teniendo en cuenta este antecedente se encontró que 14 pacientes habían tenido tratamiento y habían sido dados de alta como curados o habían completado el tratamiento, sea en una o varias oportunidades. Además, 8 personas presentaron episodios de abandono al tratamiento.

Para la variable comorbilidad, el 84,8% no presentaban comorbilidades como VIH/SIDA, Diabetes Mellitus, Enfermedad renal crónica, Hepatopatías o neoplasias. Nueve pacientes tenían diagnóstico de VIH con o sin tratamiento TARGA; 6 pacientes con Diabetes Mellitus compensados o descompensados; 4 personas con hepatopatías (cirrosis, hepatitis B) y 1 personas con diagnóstico de neoplasia.

El 91,2% no presentó enfermedades asociadas como hipertensión arterial o Gastritis moderada/severa. Once personas presentaban gastritis moderada o severa y ninguna Hipertensión.

Se encontró que 5 pacientes (4%) presentó algún tipo de reacción adversa a los fármacos antituberculosos entre ellos se presentaron falla hepática aguda, artralgias y reacción dérmica.

En la tabla 5 se resumen las características de la enfermedad para la muestra.

Tabla 5. Distribución de la muestra según características de la enfermedad

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE TUBERCULOSIS		
PULMONAR	89	71,2
PLEURAL	14	11,2
EXTRAPULMONAR	7	5,6
MDR	15	12
ESQUEMA DE TRATAMIENTO		
ESQUEMA1	103	82,4
EMPÍRICO	2	1,6
INDIVIDUALIZADA	20	16
ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO		
NO	103	82,4
SI	22	17,6
CONDICIÓN DE INGRESO		
NUEVO	103	82,4
RECAÍDA	14	11,2
ABANDONO	8	6,4
COMORBILIDAD		
NO TIENE	106	84,8
VIH/SIDA	9	7,2
DIABETES MELLITUS	6	4,8
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	1	0,8

HEPATOPATÍAS	4	3,2
NEOPLASIAS	1	0,8
ENFERMEDAD ASOCIADA		
NO TIENE	114	91,2
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	0
GASTRITIS MODERADA/SEVERA	11	8,8
REACCIÓN ADVERSA		
NO	120	96
SI	5	4

Se aplicó el test a 67 pacientes que estaban en la primera fase del tratamiento de esquema I, a 40 en la segunda fase del esquema I y a 18 pacientes que estaban en tratamiento de dosis diarias por más de 2 meses correspondientes al esquema empírico o al individualizado.

Para la variable consumo de sustancias psicoactivas, se obtuvo que 50% de pacientes no consume alcohol, tabaco u otras drogas. La otra mitad de pacientes consume algún tipo de sustancia, ya sea sólo una de ellas, dos de ellas o las 3 sustancias. Las combinaciones alcohol – tabaco y alcohol - otras drogas tuvo 20 consumidores. Ver tabla 6.

Tabla 6. Distribución de la muestra según la variable consumo de sustancias psicoactivas.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONSUME	63	50,4

ALCOHOL	20	16
OTRAS DROGAS	1	0,8
2 SUSTANCIAS (tabaco/ otra droga + alcohol)	25	20
LAS 3 SUSTANCIAS	16	12,8
Total	125	100

1.4. Grado de Malestar Psicológico

Según la escala de Malestar Psicológico de Kessler 10, se obtuvo que el 52,8% de los pacientes estuvo en el rango de alto y muy alto. La distribución de la muestra en los 4 niveles se observa en la tabla 7 y grafico 2.

Tabla 7. Distribución de la muestra según escala de Malestar Psicológico de Kessler 10.

ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER 10	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	15	12
MODERADO	44	35,2
ALTO	46	36,8
MUY ALTO	20	16
Total	125	100

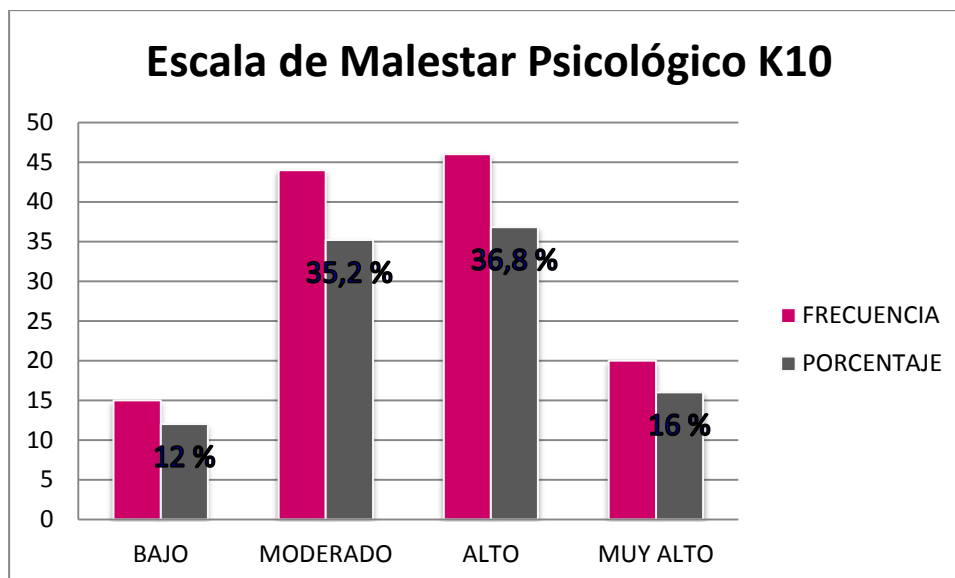


Grafico 2. Distribución de la muestra según escala de Malestar Psicológico de Kessler 10

Teniendo en cuenta las respuestas dadas para cada pregunta de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler10; las preguntas correspondientes al ítem 1, 7 y 8 obtuvieron un porcentaje acumulado de 54%, 52% y 71% respectivamente, para las opciones a veces, muchas veces y siempre. Ver tabla 8 y gráfico 3.

Tabla 8. Distribución de las respuestas de la Escala de Malestar Psicológico en la muestra.

En el último mes	Nunca		Pocas veces		A veces		Muchas veces		Siempre	
1. ¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?	15	12,0%	43	34,4%	46	36,8%	18	14,4%	3	2,4%
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?	37	29,6%	38	30,4%	31	24,8%	15	12,0%	4	3,2%
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?	78	62,4%	23	18,4%	12	9,6%	10	8,0%	2	1,6%

4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?	52	41,6%	30	24,0%	31	24,8%	11	8,8%	1	0,8%
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?	26	20,8%	48	38,4%	32	25,6%	18	14,4%	1	0,8%
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?	51	40,8%	34	27,2%	28	22,4%	9	7,2%	3	2,4%
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?	26	20,8%	34	27,2%	39	31,2%	22	17,6%	4	3,2%
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?	15	12,0%	21	16,8%	34	27,2%	27	21,6%	28	22,4%
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?	54	43,2%	29	23,2%	23	18,4%	14	11,2%	5	4,0%
10. ¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?	75	60,0%	30	24,0%	11	8,8%	7	5,6%	2	1,6%

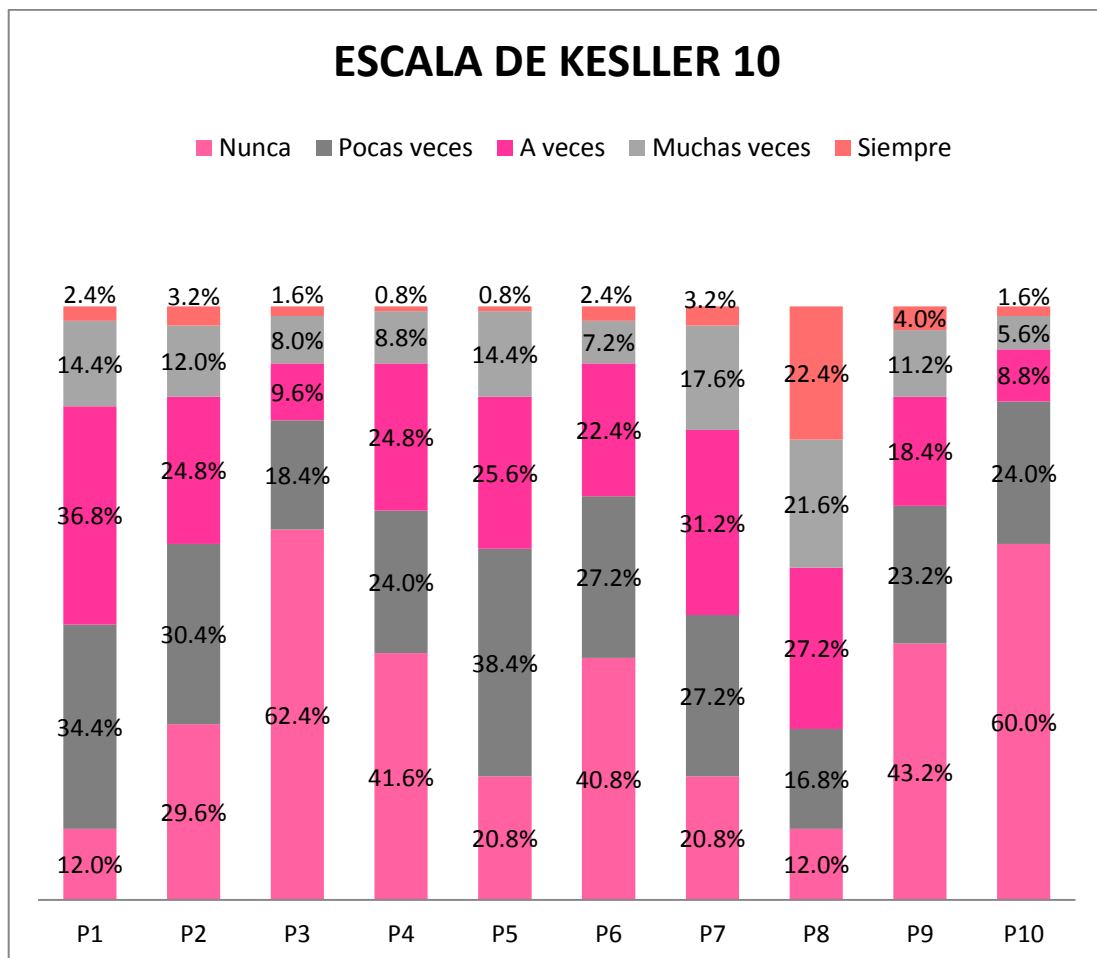


Gráfico 3. Distribución de las respuestas de la Escala de Malestar Psicológico en la muestra

1.5. Análisis descriptivo con tablas de doble entrada

En el Centro de Salud San Cosme, Max Arias-Schereiber y El Pino; el 64%, 44% y 50% respectivamente de los pacientes se encontraban entre los grados alto y muy alto de malestar psicológico. Ver Tabla 9.

Tabla 9. Distribución del grado de malestar psicológico en los centros de salud

CENTROS DE SALUD		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				TOTAL
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
CC SS SAN COSME	Recuento	5	18	31	9	63

	% dentro de CC SS	7,90%	28,60%	49,20%	14,30%	100,00%
CC SS MAX ARIAS-SCHREIBER	Recuento	7	20	14	7	48
	% dentro de CC SS	14,60%	41,70%	29,20%	14,60%	100,00%
CC SS EL PINO	Recuento	3	4	3	4	14
	% dentro de CC SS	21,40%	28,60%	21,40%	28,60%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	%	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

El 65% de las mujeres presentó grado de malestar psicológico entre los rangos alto y muy alto; mientras que los varones fueron el 49% para los mismos rangos. Ver tabla 10.

Tabla 10. Distribución del grado de malestar psicológico según sexo

SEXO		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	TOTAL
FEMENINO	Recuento	6	8	19	7	40
	% dentro de SEXO	15,00%	20,00%	47,50%	17,50%	100,00%
MASCULINO	Recuento	9	34	29	13	85
	% dentro de SEXO	10,60%	40,00%	34,10%	15,30%	100,00%
Total	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro de SEXO	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

Se observó que entre los rangos alto y muy alto de malestar psicológico se encuentra el 58% de los jóvenes y 51% de los adultos. Ver Tabla 11.

Tabla 11. Distribución del grado de malestar psicológico según etapas de vida.

ESTAPAS DE VIDA		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				TOTAL
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
ADOLESCENTES (16 - 17 años)	Recuento	0	9	8	1	18
	% dentro Etapa de vida	0,00%	50,00%	44,40%	5,60%	100,00%
JOVEN (18 - 29 años)	Recuento	7	13	20	7	47
	% dentro Etapa de vida	14,90%	27,70%	42,60%	14,90%	100,00%
ADULTO (30 - 59 años)	Recuento	7	19	17	10	53
	% dentro Etapa de vida	13,20%	35,80%	32,10%	18,90%	100,00%
ADULTO MAYOR (> 60 años)	Recuento	1	1	3	2	7
	% dentro Etapa de vida	14,30%	14,30%	42,90%	28,60%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro Etapa de vida	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

Se observó que de los 73 pacientes solteros, el 48% presenta grado de malestar psicológico entre los rangos alto y muy alto. Y que el 57% de los convivientes (30 personas) se encuentran en los mismos rangos de malestar psicológico. Ver tabla 12.

Tabla 12. Distribución del grado de malestar psicológico según estado civil.

ESTADO CIVIL		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				TOTAL
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
SOLTERO	Recuento	11	27	28	7	73
	% dentro Est. Civil	15,10%	37,00%	38,40%	9,60%	100,00%
CASADO	Recuento	2	2	6	1	11
	% dentro Est. Civil	18,20%	18,20%	54,50%	9,10%	100,00%
VIUDO	Recuento	0	1	0	1	2
	% dentro Est. Civil	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
DIVORCIADO/	Recuento	0	1	4	4	9

SEPARADO	% dentro Est. Civil	0,00%	11,10%	44,40%	44,40%	100,00%
CONVIVIENTE	Recuento	2	11	10	7	30
	% dentro Est. Civil	6,70%	36,70%	33,30%	23,30%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro Est. Civil	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

El 57% (16) de los pacientes que cursaron solo la educación primaria presentaron malestar psicológico entre los rangos alto y muy alto. Los que cursaron secundaria fue de 54% (44 personas) y los que tienen estudios superiores fue de 50% (8 personas) para los mismos rangos.

De los pacientes que fueron categorizados como “pobres”, el 58% presentó malestar psicológico entre los rangos de alto y muy alto; mientras que el 44% de los “no pobres” presentó malestar psicológico en los mismos rangos. Ver tabla 13.

Tabla 13. Distribución del grado de malestar psicológico según situación socioeconómica.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				TOTAL
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
NO POBRE	Recuento	6	14	13	3	36
	% dentro Sit. Socioecon	16,70%	38,90%	36,10%	8,30%	100,00%
POBRE	Recuento	8	27	33	16	84
	% dentro Sit. Socioecon	9,50%	32,10%	39,30%	19,00%	100,00%
POBRE EXTREMO	Recuento	1	1	2	1	5

	% dentro Sit. Socioecon	20,00%	20,00%	40,00%	20,00%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro Sit. Socioecon	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

El grado de malestar psicológico en rangos de alto y muy alto para el esquema I es de 55,4% y para el individualizado es de 55%. Ver tabla 14.

Tabla 14. Distribución del grado de malestar psicológico según esquema de tratamiento.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				TOTAL
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
ESQUEMA I	Recuento	11	35	39	18	103
	% dentro de Esquema	10,7%	34,0%	37,90%	17,50%	100,00%
EMPÍRICO	Recuento	0	2	0	0	2
	% dentro de Esquema	0,00%	100,00%	0,0%	0,0%	100,00%
INDIVIDUALIZADO	Recuento	4	5	9	2	20
	% dentro de Esquema	20,00%	25,00%	45,0%	10,00%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro de Esquema	12,00%	33,60%	38,4%	16,0%	100,00%

Se observó que el 55% de los casos nuevos presentó un grado de malestar psicológico entre rangos alto y muy alto. Y que el 57% de

los casos de recaída presentó malestar psicológico en los mismos rangos. Ver tabla 15.

Tabla 15. Distribución del grado de malestar psicológico según la condición de ingreso.

CONDICIÓN DE INGRESO		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				TOTAL
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
NUEVOS	Recuento	11	35	40	17	103
	% dentro Cond. Ingr.	10,70%	34,00%	38,80%	16,50%	100,00%
RECAIDA	Recuento	3	3	6	2	14
	% dentro Cond. Ingr.	21,40%	21,40%	42,90%	14,30%	100,00%
ABANDONO	Recuento	1	4	2	1	8
	% dentro Cond. Ingr.	12,50%	50,00%	25,00%	12,50%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro Cond. Ingr.	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

De los pacientes que no presentaron comorbilidades, el 57% presentó un grado de malestar psicológico entre rangos alto y muy alto; mientras que 8 (42%) pacientes con comorbilidades estuvieron en estos rangos de malestar psicológico. Dos personas con VIH/SIDA y TB presentaron nivel alto de malestar psicológico.

En el caso de las personas que consumían algún tipo de sustancias psicoactivas, se observó que el 60% de los que consume alcohol, 56% de los que consume 2 sustancias, 56% de los que consume las 3 sustancias se encuentra entre los rangos alto y muy alto de malestar psicológico. Ver tabla 16.

Tabla 16. Distribución del grado de malestar psicológico según el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO				
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	TOTAL
NO CONSUME	Recuento	8	23	21	11	63
	% dentro Consumo	12,70%	36,50%	33,30%	17,50%	100,00%
ALCOHOL	Recuento	1	7	9	3	20
	% dentro Consumo	5,00%	35,00%	45,00%	15,00%	100,00%
OTRAS DROGAS	Recuento	0	0	1	0	1
	% dentro Consumo	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
2 SUSTANCIAS	Recuento	4	7	11	3	25
	% dentro Consumo	16,00%	28,00%	44,00%	12,00%	100,00%
3 SUSTANCIAS	Recuento	2	5	6	3	16
	% dentro Consumo	12,50%	31,20%	37,50%	18,80%	100,00%
TOTAL	Recuento	15	42	48	20	125
	% dentro Consumo	12,00%	33,60%	38,40%	16,00%	100,00%

Se observó que los pacientes en Fase1 de tratamiento presentaron un 58% de malestar psicológico entre los rangos de alto y muy alto. El 61% de los que recibían tratamiento prolongado de dosis diarias también se encontraban en dichos rangos. De la misma forma, el 54% de los pacientes que se encuentran en el rango alto estaban en fase 1 del tratamiento. Y el 65% de los que se encontraban en el rango muy alto también estaban en fase 1. Ver tabla 17

Tabla 17. Distribución de la muestra según grado de malestar psicológico y período de tratamiento en el que se aplicó el test.

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO		PERÍODO DE TRATAMIENTO EN EL QUE SE APLICÓ EL TEST			
		FASE 1	FASE 2	DOSIS DIARIAS > 2 MES	TOTAL
BAJO	Recuento	5	6	4	15
	% dentro de Esc. K10	33,30%	40,00%	26,70%	100,00%

	% dentro del periodo	7,50%	15,00%	22,20%	12,00%
MODERADO	Recuento	23	16	3	42
	% dentro de Esc. K10	54,80%	38,10%	7,10%	100,00%
	% dentro del periodo	34,30%	40,00%	16,70%	33,60%
ALTO	Recuento	26	13	9	48
	% dentro de Esc. K10	54,20%	27,10%	18,80%	100,00%
	% dentro del periodo	38,80%	32,50%	50,00%	38,40%
MUY ALTO	Recuento	13	5	2	20
	% dentro de Esc. K10	65,00%	25,00%	10,00%	100,00%
	% dentro del periodo	19,40%	12,50%	11,10%	16,00%
TOTAL	Recuento	67	40	18	125
	% dentro de Esc. K10	53,60%	32,00%	14,40%	100,00%
	% dentro de período	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

1.6. Análisis de independencia: Chi-Cuadrado

La muestra fue dividida en grupos de acuerdo a la edad: grupo 1 (16 a 22 años), grupo 2 (23 a 36 años) y grupo 3 (37 a 71 años). Se agrupó los rangos bajo y moderado de malestar psicológico, los otros 2 rangos se mantuvieron independientes. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre los 3 grupos de edades con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 18 y 19.

Tabla 18 y 19. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y edad. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	EDAD			TOTAL
	GRUPO I (16-22)	GRUPO II (23-36)	GRUPO III (37-71)	
BAJO-MODERADO	18	22	17	57
ALTO	19	16	13	48
MUY ALTO	4	5	11	20
TOTAL	41	43	41	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	6,157 ^a	4	0,188

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,56.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 3 grupos y la variable sexo. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre el sexo con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 20 y 21.

Tabla 20 y 21. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y sexo. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
BAJO-MODERADO	14	43	57

ALTO	19	29	48
MUY ALTO	7	13	20
TOTAL	40	85	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	2,801 ^a	2	0,247

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 6,40.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 3 grupos y la variable “estado civil”. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que hay diferencias significativas entre el estado civil con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 22 y 23.

Tabla 22 y 23. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Estado Civil. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	ESTADO CIVIL			TOTAL
	CASADO/			
	SOLTERO	CONVIVIENTE	OTROS	
BAJO-MODERADO	38	17	2	57
ALTO	28	16	4	48

MUY ALTO	7	8	5	20
TOTAL	73	41	11	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	10,806 ^a	4	,029

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,76.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 2 grupos (Bajo-Moderado y Alto – Muy Alto) y la variable “Grado de instrucción”. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre el grado de instrucción con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 24 y 25.

Tabla 24 y 25. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Grado de Instrucción. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	GRADO DE INSTRUCCIÓN			TOTAL
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
BAJO-MODERADO	12	37	8	57
ALTO-MUY ALTO	16	44	8	68
TOTAL	28	81	16	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	0,21 ^a	2	,900

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,30.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 3 grupos y la variable “Situación Socioeconómica” agrupado en 2 categoría (No Pobre y Pobre – Extremo Pobre). Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre la situación económica con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 26 y 27.

Tabla 26 y 27. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Situación Socioeconómica. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA		TOTAL
	NO POBRE	POBRE- EXTREMO POBRE	
BAJO-MODERADO	20	37	57
ALTO	13	35	48
MUY ALTO	3	17	20
TOTAL	36	89	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	3,025 ^a	2	,220

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,76.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 2 grupos (Bajo-Moderado y Alto – Muy Alto) y la variable “Esquema de Tratamiento” agrupado en 2: Esquema I y Empírico - Individualizado. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre el esquema de tratamiento con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 28 y 29.

Tabla 28 y 29. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Esquema de Tratamiento. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	ESQUEMA DE TRATAMIENTO		TOTAL
	ESQUEMA I	EMPÍRICO / INDIVIDUALIZADO	
BAJO-MODERADO	46	11	57
ALTO-MUY ALTO	57	11	68
TOTAL	103	22	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica
--	-------	----	-----------------

Chi-cuadrado de Pearson	,208 ^a	1	,648
-------------------------	-------------------	---	------

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,03.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 2 grupos y la variable “Condición de ingreso” agrupados en: Nuevo y Recaída - Abandono. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre la condición de ingreso con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 30 y 31.

Tabla 30 y 31. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Condición de ingreso. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	CONDICIÓN DE INGRESO		TOTAL
	NUEVO	RECAÍDA / ABANDONO	
BAJO-MODERADO	46	11	57
ALTO-MUY ALTO	57	11	68
TOTAL	103	22	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	,208 ^a	1	,648

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,03.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 2 grupos y la variable “Período en el que se aplica el Test”. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre el período de tratamiento en el que se aplicó el Test con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 32 y 33.

Tabla 32 y 33. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Período de tratamiento en el que se aplica el Test. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	PERIODO EN EL QUE SE APLICA EL TEST			TOTAL
			DOSIS	
	FASE 1	FASE 2	DIARIAS >2 MESES	
RIESGO BAJO-MODERADO	28	22	7	57
RIESGO ALTO-MUY ALTO	39	18	11	68
TOTAL	67	40	18	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
--	-------	----	-----------------

Chi-cuadrado de Pearson	2,143 ^a	2	,342
-------------------------	--------------------	---	------

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,21.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 2 grupos y la variable “Consumo de Sustancias Psicoactivas”. Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre el consumo de sustancias psicoactivas con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 34 y 35.

Tabla 34 y 35. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		TOTAL
	NO	SI	
RIESGO BAJO-MODERADO	31	26	57
RIESGO ALTO-MUY ALTO	32	36	68
TOTAL	63	62	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica
--	-------	----	-----------------

Chi-cuadrado de Pearson	,666 ^a	1	,414
-------------------------	-------------------	---	------

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28,27.

Se evaluó la relación entre el grado de malestar psicológico dividido en 2 grupos y la variable “Consumo de Alcohol” Se halló, con nivel de significancia de 0.05, que no hay diferencias significativas entre el consumo de alcohol con respecto al grado de malestar psicológico. Ver tablas 36 y 37.

Tabla 36 y 37. Cuadro de doble entrada para Grado de Malestar Psicológico y Consumo de Alcohol. Resultados de la Prueba Chi².

GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO	CONSUMO DE ALCOHOL		TOTAL
	NO	SI	
RIESGO BAJO-MODERADO	35	22	57
RIESGO ALTO-MUY ALTO	34	34	68
TOTAL	69	56	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	1,631 ^a	1	,202

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,54.

2. Discusión

Las personas afectadas por la tuberculosis en este estudio fueron, en su mayoría, de sexo masculino (68%), solteros (58%) y habían cursado la secundaria un 64,8%. Datos que concuerdan con el documento técnico, “Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú” elaborado por el MINSA en el año 2010; en donde informan que el 53% de los encuestados son solteros mientras que el 25% son convivientes. En el nivel educativo se encontró que el 36% tenía secundaria completa; 14%, secundaria incompleta y solo el 7% educación superior universitaria. ⁽³⁷⁾

La realidad socioeconómica de los pacientes con tuberculosis está relacionada con situaciones de pobreza, lo que genera individuos o grupos sociales vivan y trabajen en condiciones físicas y sociales perjudiciales para su salud.

Según la APEIM, en el año 2014, Lima Metropolitana tiene 64.5% de hogares en los niveles socioeconómicos A, B o C; 26,2% en nivel D y 9.3% en el nivel E. La zona 4, conformada por los distritos de

Cercado, Rimac, Breña y La Victoria, tiene 30,1% de los hogares en el nivel D y 6,4 en el nivel E. ²

El documento técnico, “Impacto socioeconómico de la Tuberculosis” en el Perú reportó que en el departamento de Lima había 41.1% de personas afectadas por la tuberculosis se encuentran en el nivel E, el 31.7% en el nivel D, el 19.8% en el nivel C, el 6.7% en el nivel B y el 0.4 en el nivel A. Además se menciona que en el Informe de Desarrollo Humano 2010 basado en el índice de pobreza multidimensional, se estimó que el 17% de personas afectadas por la tuberculosis viven en condición de pobreza multidimensional en el Perú. ⁽³⁷⁾

En el estudio se halló que el 68% pertenecía a la categoría “Pobre” y 4% a “Pobre Extremo”. Si bien no se puede comparar estos resultados con los que se reportó en el documento técnico del MINSA 2010, ya que los instrumentos usados no fueron los mismos, queda claro que las personas afectadas por la tuberculosis se encuentran en situación de pobreza. Además dicho porcentaje resulta elevado debido a que la población en estudio pertenece a La Victoria.

Los casos que se manejan en los centros de salud son en su mayoría de afectación pulmonar (71%) y pleural (11%), que para efectos de tratamiento siguen el mismo esquema (2RHZE/4R₃H₃). Se observó 12% (15) de casos MDR entre nuevos y antiguos; cero casos XDR. Estos datos concuerdan con los reportados por el MINSA en el 2013, la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con frotis positivo en la DISA Lima Ciudad en el año 2012 es 64,3. Y se reportó 111 casos TB-MDR nuevos para el mismo año. ⁽²⁾

² Datos tomados del reporte del APEIM (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados), agosto 2014

Gran parte de los pacientes estudiados fueron casos nuevos (82%) y el 18% tuvo antecedente de tratamiento (considerados como recaídas 11% o abandonos 7%).

El MINSA reportó, en el Estudio de cohorte del Esquema uno entre los años 2007 y 2011 en la DISA Lima Ciudad, el porcentaje de abandono es 7.8%. ⁽²⁾

Las patologías consideradas explícitamente como comorbilidades de la tuberculosis en la Norma Técnica de Salud son la el VIH/SIDA, Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Renal Crónica, hepatopatías crónicas y neoplasias. En las personas estudiadas se halló que 9 personas tenían coinfección con VIH, 6 tenían diagnóstico de diabetes mellitus, 1 enfermedad crónica renal, 4 hepatopatías (cirrosis y hepatitis B) y 1 con neoplasia.

En el año 2012 el MINSA reporta que en el Estudio de Cohorte TB/VIH-SIDA 2011 a nivel nacional, se registró 224 pacientes de los cuales 9,8% fueron casos de abandono y 2.2% de fracasos. Considerando que para ese año la tasa de incidencia de TB pulmonar fue de $97,4 \times 10^5$ habitantes. Se podría decir que en este estudio hay una frecuencia relativamente alta de la coinfección. ⁽¹⁾ Para la Diabetes Mellitus no hay registros nacionales, pero un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se encontró 85 casos del binomio TB-DM entre los años 1997- 2003, de los cuales hubo 3 abandonos, 16 fracasos, y 13 TB-MDR. ⁽³⁸⁾

La información sobre la morbilidad de las 5 patologías consideradas comorbilidades de Tuberculosis es escasa. Sin bien hay muchos estudios que llegan a la conclusión que estas enfermedades aumentan el riesgo de infección con respecto a la población general, no hay

reportes que informen cuántos casos de personas afectadas con TB presentan comorbilidades. Es importante generar este tipo de información dado que el manejo y pronóstico de estos pacientes es diferente al grupo de pacientes sin estas comorbilidades.

Si bien en la Norma Técnica no se menciona a la Hipertensión arterial ni la gastritis como entidades importantes a tomar en cuenta en los pacientes afectados por TB, en este estudio se vio por conveniente registrarlas debido a que estas patologías repercuten en la medicación del paciente. Puesto que la Hipertensión en muchas ocasiones necesita de más de un medicamento y la incidencia de gastritis aumenta en casos de polifarmacia. Además que también afectan el estado emocional de las personas que padecen estos males, ya que afectan sus hábitos de vida.

En este estudio se halló 5 casos de RAFA de los cuales 3 correspondían pacientes con TB-MDR y los otros 2 a TB sensible, por lo que debido a este diagnóstico tuvieron que cambiar de medicación. No se encontró reportes actualizados sobre la incidencia de RAFAS ni cuáles son de mayor frecuencia.

En varios trabajos de investigación se han reportado que en la población afectada por tuberculosis también suele estar presente el consumo de sustancias psicoactivas. En el estudio realizado en el 2011 en Lima-Perú por Ugarte y colaboradores, se reportó que el 59% de pacientes con TB consumían alcohol mientras que el 16% tuvo consumo de algún tipo de droga. En este estudio se encontró que la mitad de la muestra consume alcohol, tabaco y/u otras drogas. Y ellos la mayoría consumía alcohol. ⁽¹⁹⁾ ⁽²²⁾

Es importante mencionar que se debe catalogar si el consumo es problemático; ya que se el abuso de sustancias psicoactivas aumentan la morbilidad tanto para la TB como para síntomas de ansiedad y depresión. ⁽³⁹⁾

Estudios anteriores revelan que la escala de Malestar psicológico de Kessler tiene propiedades psicométricas adecuadas para su uso como tamizaje para la detección de grupos de riesgo para la ansiedad y/o depresión en el primer nivel de atención. Por tal motivo se utilizó esta escala. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁵⁾ Dichos trabajos mencionan que los grupos en riesgo son aquellos que se encuentra con puntuaciones mayores a 22, que corresponden a los rangos de alto y muy alto, según al artículo de Vargas y colaboradores. ⁽³⁶⁾ Para este estudio se encontró que 37% presentó grado alto (22-29 pts) de malestar mientras que el 16% presentó grado muy alto (30-50 pts). Por tanto, el 53% de pacientes con tuberculosos están en riesgo de tener ansiedad y/o depresión en forma patológica.

El estudio en África, que usó el mismo test, reportó 32.9% con $K-10 \geq 28$ y 81% con $K-10 \geq 16$, ellos concluyen que si bien hallaron altos índices de malestar psicológico mencionan que una de sus limitaciones fue el no tener punto de corte correcto para el K-10.

Con respecto a los estudios realizados en Perú, también hay coincidencia en la prevalencia de depresión en los pacientes con tuberculosis en tratamiento. Solo 2 estudios, discriminaron la temporalidad de los síntomas depresivos; los cuales hallaron que había depresión de base en los pacientes con TB. ⁽¹⁵⁾ ⁽²²⁾

Se observó que había algunas preguntas que tuvieron puntuaciones altas (a veces, muchas veces y siempre). Estas preguntas fueron: ¿Con

qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?; ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido? y ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?

Con respecto a la primera pregunta, la frecuencia pudo estar falseada debido a que esta pregunta también está relacionada a los síntomas inespecíficos que se presentan en la clínica de la tuberculosis, más aun en aquellos pacientes que recién inician su tratamiento. La tercera pregunta se relacionó al hecho de asistir todos los días al centro de salud por la medicación y tener que mantenerse alejado o tener otros cuidados con la familia, amigos y compañeros de trabajo.

En el análisis de independencia que se realizó entre la variables sociodemográficas y clínicas con respecto al grado de malestar psicológico; solo se obtuvo una relación estadísticamente significativa para la variable “estado civil”. Con un porcentaje mayor para los pacientes casados o convivientes.

Otros estudios también encuentran diferencias entre el estado civil y la presencia de depresión. Pero reportan mayor proporción de solteros con depresión que los otros grupos. ^{(20) (21) (22)} Por ejemplo el estudio de Ugarte-Gil y Col. halló diferencias significativas entre el estado marital y la depresión ($p=0.016$, $\infty \leq 0.05$) con mayor proporción en los solteros (47%), le seguían los casados o convivientes (41%) y por último los divorciados o viudo (12%).

Esto se puede deber a que varios de los pacientes que tienen a su cargo el soporte económico de la familia, manifestaron “preocupación” porque los 2 primeros meses de tratamiento se sugiere no realizar labores extra domiciliarias, por motivos que son

un foco de contagio y por el mal estado físico en el que usualmente se encuentran.

Los estudios reportan que el ser mujer constituye un factor de riesgo para la depresión y ansiedad. En los pacientes con TB, se han reportado mayor proporción de mujeres afectadas con síntomas de ansiedad y depresión. ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾ De la misma forma, el estudio de Ugarte-Gil y Col. halló diferencias significativas entre el sexo y la depresión ($p=0.045$, $\infty \leq 0.05$) con mayor proporción en las mujeres (53%).

Sin embargo en este estudio no se encontró diferencias significativas para el sexo ($p=0.247$, $\infty \leq 0.05$). Sin embargo, las mujeres presentaron rangos altos de malestar psicológico en un 65%, por lo que constituirían un grupo en riesgo de presentar ansiedad y/o depresión.

En un artículo en el que se estudia la escala de K-10, refieren que las posibles diferencias que hay entre los sexos pueden deberse más al nivel educativo de los pacientes que al género al cual pertenezcan. ⁽³⁵⁾

La edad también constituye un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad o depresión. ⁽¹⁹⁾ En el Perú, la tuberculosis afecta mayormente a los jóvenes y adultos, por lo que los estudios peruanos refieren que hay mayor prevalencia de síntomas depresivos en personas jóvenes afectadas por la TB. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾ En este estudio no hubo diferencias de malestar psicológico entre los grupos etarios. Las proporciones fueron altas para los rangos moderado y alto (que va del 28% al 42%) para los jóvenes y adultos.

El nivel educativo presentó diferencias con respecto a la depresión, en varios estudios. ⁽¹⁹⁾ ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾ Siendo la frecuencia de casos mayor en los

grupos con estudios secundarios. La misma distribución se presentó en este estudio, sin embargo no se halló diferencias significativas entre los grupos.

En el estudio en África del 2012, mencionan a la pobreza como un factor de riesgo para altos niveles de malestar psicológico de la escala K-10.⁽¹⁹⁾ Para este estudio, no se encontró diferencias significativas entre los 3 grupos de nivel socioeconómico. Hay que tener en cuenta que el grupo afectado por la TB pertenece a estratos socioeconómicos bajos. La muestra de este estudio son pacientes que viven en un distrito con altos índices de pobreza. Motivo por lo que la gran mayoría son de categoría “pobres” y también presentan mal estar psicológico.

Las variables clínicas como tipo de tuberculosis detectada, esquema de tratamiento asignado y antecedentes de tratamiento, no se encontraron diferencias significativas en cuanto presentar un mayor riesgo para ansiedad o depresión. A pesar que se podría esperar que el tipo de TB MDR, esquema individualizado, las recaídas o abandonos serían un grupo vulnerable y presentar altos niveles de malestar psicológico. Esto puede deberse a que los pacientes con tratamiento prolongado fueron entrevistados en un período de tratamiento pasado los 6 meses en el caso de TB MRD y esquemas individualizados, y ya habían recibido apoyo psicológico.

Un estudio de tesis del 2000, presenta diferencias significativas entre los pacientes con “crónicos” (aquellos que tienen antecedente recaída, abandono o fracaso) y aquellos que no (nunca tratados y antes tratados), con respecto al nivel de depresión. ($p=0.021$, $p=0.001$; $\infty \leq 0.05$)

En la literatura, hay evidencia que las personas que tienen enfermedades crónicas y con un complejo esquema de tratamiento presentan síntomas de ansiedad y depresión.

Un trabajo publicado en Brasil el año 2011, evaluó a 228 personas viviendo con el VIH/SIDA y se detectó 63 personas (27,6%) con síntomas de depresión entre niveles leve- moderado y severo. Siendo las mujeres las que lo sufren con mayor intensidad. ⁽⁴⁰⁾

En este estudio se encontró que 2 de 9 pacientes varones con VIH/SIDA, presentaron malestar psicológico en nivel alto.

En los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus presentan a lo largo de los años trastornos depresivo mayor o distimias. ⁽⁴¹⁾ En el hospital de Chiclayo en el año 2014 se encontró que más de la mitad de los pacientes con DM presentó algún trastorno psiquiátrico (ansiedad o depresión). ⁽⁴²⁾

Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es otro grupo que presenta estados de depresión y ansiedad en forma importante. En este estudio no se encontró pacientes en hemodiálisis. ⁽⁴³⁾

Los pacientes con diagnóstico de cáncer también presentan síntomas de ansiedad y depresión de forma importante. ⁽⁴⁴⁾ En este estudio solo hubo 1 paciente con este diagnóstico y tenía un malestar psicológico muy alto.

Para las comorbilidades, se podría esperar que haya mayor grado de malestar psicológico en pacientes con comorbilidades. Pero, en los resultados obtenidos no se presentó así.

Para el consumo de sustancias psicoactivas y para el consumo de alcohol, no hubo diferencias significativas para la depresión; coincidiendo con los resultados de Ugarte-Gil y Col.⁽²²⁾

En cuanto a la variable “Período de tratamiento en el que se aplicó el Test”, no se encontró diferencias estadísticamente significativas, pero cabe resaltar que el 38% (26 pacientes) de los pacientes que estaba la fase 1 tuvo grado de malestar alto y que el 50% (9 pacientes) de los pacientes que recibían mediación diarias por más de 2 meses también tuvo grado alto.

El estudio de Ugarte-Gil reveló que el nivel de depresión tendía a ser más bajo cuanto más tiempo los pacientes permanecieron en el tratamiento de la tuberculosis. En la tesis de la Mg Torres, halló que había más depresión en pacientes crónicos que en otros grupos. Los resultados obtenidos son concordantes con estos 2 resultados anteriores.

A manera de conclusión, se puede decir que hay un porcentaje importante de personas afectadas por la TB que están en riesgo de tener trastornos psiquiátricos comunes (ansiedad y depresión). Además que los síntomas de ansiedad y/o depresión se presentan con mayor intensidad en la primera fase de tratamiento. Las personas con tratamiento prolongado y/o con medicamento diferentes al esquema I presentan mayor probabilidad de presentar sintomatología ansioso-depresivo.

A manera de anécdota, los pacientes con mejor aceptación de la enfermedad y bajo nivel de malestar psicológico fueron aquellos que en la entrevista manifestaron haber recibido información sobre la enfermedad y apoyo psico-social de parte del personal de salud.

La salud mental es hoy en día tomada en cuenta como parte de la concepción holística del paciente, ya que como antes se ha mencionado hay varios factores que están imbricados en la forma de enfrentar una situación desconocida que amenaza la vida o la forma de vivir. Es por ello que en la actualidad hay varios estudios que evidencian la presencia de trastornos psiquiátricos como comorbilidad tanto surgidos a partir de la enfermedad que padece una persona como los precedentes a ella.

En el caso de la tuberculosis, el problema está en las consecuencias del estado mental de la persona afectada por TB en la adherencia al tratamiento. Esto es un tópico poco tratado pero que está tomando importancia en la salud pública. ⁽⁴⁵⁾

La literatura indica que la comorbilidad psiquiátrica antes y después de la aparición de la tuberculosis, problemas psicológicos como el estigma, el aislamiento, el sentido de apoyo social y la impotencia, así como efectos secundarios de la medicación, afecta negativamente a la adherencia al tratamiento. ⁽⁴⁶⁾

Las relaciones causales entre los trastornos mentales y la tuberculosis son complejas. Trastornos mentales graves se asocian con alto riesgo de adquisición y transmisión de la tuberculosis y con peor adherencia al tratamiento anti-TB. Por otro lado, el diagnóstico de tuberculosis aumenta el riesgo de comorbilidad psiquiátrica. ⁽⁴⁶⁾

La detección de los problemas mentales, en el primer nivel de atención, no son efectivas ni oportunas en la mayoría de los casos. Motivo por el cual probablemente estos problemas sean sub diagnosticados, mal diagnosticados y por ende no tratadas a tiempo ni en forma efectiva. Sabiendo la magnitud de problemas que pueden

causar las enfermedades psiquiátricas, es necesario disponer de indicadores válidos para la detección y capacitar al personal de salud del primer nivel de atención. De esta manera detectar personas en riesgo de trastornos mentales, diagnosticarlos y diferenciar aquellos que necesitan un manejo médico especializado.⁽⁴⁷⁾

CAPÍTULO V:

Conclusiones

1. Más de la mitad de los pacientes atendidos en los 3 centros de salud presentan grado de malestar psicológico entre los rangos de alto y muy alto.
2. Las personas afectadas por la tuberculosis fueron en su mayoría de sexo masculino entre las edades de 19 a 45 años, solteros y de educación secundaria.
3. Los pacientes atendidos en los 3 centros fueron con mayor frecuencia casos de Tuberculosis pulmonar, de esquemas I, nuevos y con pocas comorbilidades, enfermedades asociadas y reacción adversa a los fármacos antituberculosos.

4. Se encontró relación significativa entre el estado civil de paciente y el grado de malestar psicológico: los pacientes casados presentaron mayor nivel de malestar psicológico.
5. No se encontró relaciones significativas entre el grado de malestar psicológico y las otras variables medidas en este estudio.

Recomendaciones

1. La validación de un adecuado instrumento para la detección precoz de trastornos psiquiátricos en el primer nivel de atención de las personas afectadas por la tuberculosis, es una tarea que se debe de investigar en nuestro medio.
2. Incorporar un instrumento para la detección precoz de trastornos psiquiátricos en el Programa actual de Tuberculosis del Perú.
3. Realizar seguimiento a todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en cuanto a la adherencia según el grado de malestar psicológico o trastorno psiquiátrico.
4. Incrementar y fortalecer las intervenciones del personal de salud especialmente médica, en relación a la información y apoyo psico-social hacia las personas afectadas por la tuberculosis.
5. Capacitar a todo el personal de salud del primer nivel de atención en competencias psicológicas y detección de síntomas.

Referencias bibliográficas

1. Tenorio Gnecco A. Situación de la Tuberculosis en la Región de las Américas. Arequipa: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Tuberculosis para el Área Andina; 2014.
2. Alarcón Guizado A. Situación de la Tuberculosis en el Perú y política nacional para su control. Arequipa- Perú: Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis; 2014.
3. Valdez Huarcaya W, Miranda Monzón JA. Carga de enfermedad en el Perú. Lima- Perú: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2014.
4. Instituto Especializado de Salud Mental: "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Anales de Salud Mental. 2002; XVIII(1y2).
5. Congreso de La República de Perú. Ley de Prevención y Control de la tuberculosis en el Perú. El Peruano. 2014 Diciembre.
6. Del Castillo H, Mendoza-Ticona A, Saravia JC, Somocurcio J. Epidemia de Tuberculosis Multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XRD) en el Perú: Situación y propuestas para su control. Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública. 2009 Setiembre; 26(3).
7. Ministerio de Salud Perú - Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de salud para la atención de las personas afectadas por Tuberculosis Lima; 2013.
8. Hernandez Bustamante M. La Salud Mental como Predictor de Adherencia al Tratamiento Antituberculosis. Perfil de proyecto. Lima: Dirección General de Salud de las Personas- MINSA, Dirección de Salud Mental; 2008.

9. Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. La salud mental como Predictor de Adherencia al tratamiento de la Tuberculosis. Reunión Técnica-Lecturas Seleccionadas. Lima: Dirección General de Salud de las Personas- MINSA, Dirección de Salud; 2008.
10. Díez-Canseco F, Ipínce A, Toyama M. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014 Diciembre; 31(1).
11. Díez-Canseco F, Ipínce A, Toyama M. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014 Diciembre; 31(1).
12. Benjet C, Casanova L, Borges G. Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud pública de México*. 2013 Mayo-Junio; 55(3).
13. Georgios M, Athanasios T, Athanasios K. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Annals of General Psychiatry*. 2008 Mayo; 7(7).
14. Montaña Durandal JR. Trastornos Psiquiátricos Inducidos por Medicamentos. *Revista Científica Ciencias Médicas*. 2011; 14(1).
15. PRASAD CE, KRISHNAMURTHY K, MURTHY KJR. PSYCHIATRIC DISORDERS IN PATIENTS RECEIVING ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS. *Indian Journal of Psychiatry*. 1985 Octubre; 27(4).
16. Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC, et al. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *International Journal for Tuberculosis Lung*. 2004 Noviembre; 8(6).
17. Arias-Gutiérrez M, Cabrejos-Novoa C, Núñez-MoscOSO P, Valera-Guerrero V, Cruzado L. Psicosis inducida por fármacos antituberculosos: un caso asociado a cicloserina. *Revista de Neuro-psiquiatría*. 2014 Julio; 77(3).
18. Baba A. I, Abdullah D. Y, Kuranga SI. Depression comorbidity among patients with tuberculosis in a university teaching hospital

- outpatient clinic in Nigeria. *Mental Health in Family medicine*. 2009 setiembre; 6.
19. Bhatia M, Dubey K, Bhasin S, Narender S. Psychiatric morbidity in Tuberculosis patients. *NDIAN MEDICAL GAZETTE*. 2000; 134(1).
 20. Peltzer K, Naidoo P, Matseke G. Prevalence of psychological distress and associated factors in tuberculosis patients in public primary care clinics in South Africa. *Biomed Central*. 2012; 12(89).
 21. Torres Uría MR. Estudio Comparativo en Enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de depresión y Soporte Social. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Post Grado; 2000.
 22. Valencia Miranda AG. Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N°5, Arequipa Sur 2002. Tesis de Especialidad. Arequipa: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Post Grado; 2003.
 23. Ugarte-Gil C, Ruiz P, Zamudio C. Association of Major Depressive episode with Negative Outcomes of Tuberculosis Treatment. *Plos ONE*. 2013 Julio; 8(7).
 24. Mireles Hernandez OM, Chiong Silva O, Miranda Rosales M, Santos Puentes A. Comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar. *Revista Cubana de Enfermería*. 2002; 18(2).
 25. Bonilla Asalde C. Situación de la tuberculosis en el Perú. *Acta Médica Peruana*. 2008; 25(8).
 26. Ramírez VH. **DEPRESIÓN: FISIOLÓGÍA Y TRATAMIENTO**. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Instituto de Investigación Farmacéuticas. Facultad de Farmacia. Universidad de Costa Rica. 2003 Diciembre.
 27. Moreno P, Gutiérrez A. Guía de Ansiedad Ansede I, editor. Murcia. España: Desclée de Brower; 2011.
 28. Behar E, Dobrow DiMarco I, Hekler EB. Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*. 2011;(63).
 29. López Ibor M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24(5).
 30. Ortiz P M, Ortiz P E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chilena*. 2007.

31. Sweetland A, Acha Albújar J, Guerra Echevarria D. The Role of Group Psychotherapy in the Treatment of MDR-TB in Urban Peru. In Enhancing Adherence. Lima: Alex 2; 2002. p. 51 - 79.
32. Juárez M. J, León F. A, Alata Linares V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. Rev Horiz Med. 2012 Abril-Junio; 12(2).
33. Pérez- Amezcua B, Rivera-Rivera L, Atienzo E, De Castro F. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Salud Pública de México. 2010 Julio-Agosto; 52(4).
34. Palomar Lever J, Lanzagorra Piñol N, Hernández Uralde J. PObreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. Universidad Iberoamericana. 2004; 1(1).
35. Díaz C, Ramírez A, Tejada P. FACTORES CONDICIONANTES DE DEPRESIÓN EN. Anales de la Facultad de Medicina. 2004; 65(1).
36. Brenlla ME, Aranguren M. Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). Revista de Psicología -Perú. 2010 diciembre; 28(2).
37. Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V, Rodríguez Estrada C, Pérez Romero J, Cortés Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. Salud Mental. 2011;; p. 323 - 331.
38. Ministerio de Salud- Socios en Salud sucursal Perú. Impacto Socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú. 1st ed. Lima: SINCO. SAC; 2012.
39. Delgado Rospigliosi JL, Seclen Santisteban SN. Tuberculosis en pacientes con diabetes mellitus: Un estudio epidemiológico y clínico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Médica Herediana. 2006 Agosto; 17(3).
40. Kuznetsov VN, Shelygin KV, Grjibovski AM, Mariandyshev AO, Johansson E. Incidence of Tuberculosis and Associations with Indicators of Alcohol Consumption in Three Regions of Northwest Russia in 1975-2009: A Time-Series Analysis. Hindawi Publishing Corporation Journal of Environmental and Public Health. 2013 mayo; 2013.
41. Reana Reis K, Vanderley Haas J, Benedita Dos Santos C, Araujo Tales S, Gimenez Galvao MT, Gir E. Síntomas de depresión y calidad

- de vida de personas viviendo con HIV/SIDA. Latino-Americana de Enfermagem. 2011 Julio- Agosto; 19(4).
42. Castillo-Quan J, Barrera-Buenfil D. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista de Neurología. 2010; 51(6).
 43. Constantino-Cerna A, Bocanegra-Malca M. Frecuencia de de presión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo2 atendidos en un Hospita general de Chiclayo. Revista Medica Herediana. 2014; 25.
 44. Medina méndez A, Espinoza Roel M. Depresión y ansiedad en usuarios mayores de 18 años del servicio de Hemodiálisis. Revista Clinica de la escuela de Medicina de UCR. 2013; 3(IX).
 45. Cabrera-Gutierrez L, mendoza-Luna E, Obando-Castro P. Factores Asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. Revista de Enfermería Herediana. 2010; 3(2).
 46. Chaudhri S, Bansal A, Singh A, Sampath A, Verma AK, Tripathi A, et al. Impact of psychiatric profile and personality trait on directly observed tuberculosis treatment outcome. Int. Journal Medical Public health. 2013 Diciembre; 3(4).
 47. Argiro P, Dionisios B, Georgios M, Athanasios T. Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients. Hindawi Publishing Corporation. 2013 Febrero; 2013.